TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

LÉON THEVENOT

AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ

LYON

ÉDITIONS DU SERVICE PHOTOGRAPHIQUE

DE L'UNIVERSITÉ

—

1929

TITRES SCIENTIFIQUES

TITRES UNIVERSITAIRFS

Prosecteur à la Faculté 1895-1899.
Chargé de la suppléance du Chef des travaux de Médecine opératoire, 1897.
Docteur en médecine 1898-1899.
Moniteur de Clinique chirurgicale 1899-1900.
Chef de clinique chirurgicale 1900-1902.
Délégué dans les fonctions de chef de clinique 1905-1906.
Chargé des fonctions d'agrégé 1909-1910.
Agrégé de chirurgie 1910-1919.
Maintenu comme agrégé 1919-1923.
Chargé de cours complémentaire: Anatomie médico-chirurgicale (depuis 1924).
Chargé de ce cours à titre permanent 1 octobre 1931

TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux 1893.
Interne des hôpitaux 1894.

TITRES DIVERS

Membre de la Société des Sciences Médicales et de Médecine de Lyon.
Membre de la Société de Chirurgie de Lyon.
Membre de l'Association française de Chirurgie.
Membre de l'Association internationale de Chirurgie.
Membre de l'Association française d'Urologie.
Membre de l'Association internationale d'Urologie.
Membre de la Société française d'Urologie.
Membre de la Société italienne d'Urologie.

Rapporteur au Congrès de l'Association française de Chirurgie (Paris, 1919).
Rapporteur au Congrès de l'Association française d'Urologie (Paris, 1924).

***

Officier de l'Instruction publique, 1921.
Chevalier de la Légion d'honneur, 1916.
Croix de guerre, 1915 et 1917.

ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

1° En qualité de prosecteur.
 Conférences d'anatomie, 1896-1899.
 Conférences de petite chirurgie et de médecine opératoire, 1896-1899.
2° En qualité de moniteur, puis de chef de clinique.
 Conférences de propédeutique, 1899-1902.
3° En qualité de délégué dans les fonctions de chef de clinique.
 Conférences de propédeutique, 1905-1906.
4° En qualité d'agrégé de chirurgie.
 Conférences de pathologie externe, 1909-1910 et 1921-1922.
 Conférences d'anatomie générale, du 1er novembre 1922 au 31 octobre 1924.
5° En qualité de chargé de cours.
 Conférences d'anatomie médico-chirurgicale, depuis 1924 jusqu'à ce jour.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

La division générale de cet exposé est la suivante :

1° Anatomie chirurgicale et physiologie ;
2° Pathologie chirurgicale générale ;
3° Chirurgie de la tête et du cou ;
4° Chirurgie du corps thyroïde ;
5° Chirurgie du sein, de la cage thoracique, du rachis ;
6° Chirurgie de l'abdomen et du tube digestif ;
7° Chirurgie de l'appareil urinaire ;
8° Chirurgie des organes génitaux ;
9° Chirurgie des membres ;
10° Obstétrique.
11° Index bibliographique.

ANATOMIE CHIRURGICALE ET PHYSIOLOGIE

Recherches sur l'hiatus de Farabeuf, *in* Testut *(Anatomie descriptive)* (N° 1).

L'hiatus de Farabeuf est l'interruption des fibres musculaires du diaphragme que l'on observe à droite ou à gauche des piliers de ce muscle. Nous l'avons recherché sur 49 sujets et l'avons rencontré 33 fois; 12 fois des deux côtés; 21 fois d'un côté seulement. Il a la forme d'un triangle à base inférieure, la base ainsi que la hauteur étant en moyenne de 3 centimètres 5 à 4 centimètres.

Son bord interne s'insère sur le sommet de l'apophyse transverse de la 2e vertèbre lombaire ou sur l'extrémité interne de l'arcade du carré des lombes. Toutes les fois que l'hiatus existe, cette arcade est incomplètement développée et ne va pas jusqu'à la 12e côte.

Son bord externe s'insère sur la 11e ou la 12e côte.

Le sommet est d'ordinaire à 5 centimètres du centre phrénique.

L'hiatus répond, en avant, au rein; en arrière, à la plèvre, et représente un point faible facilitant le passage d'une infection ou d'une collection suppurée de la plèvre à la cavité abdominale ou inversement.

Les ganglions géniens. In *Revue générale.* **Des adénites géniennes.** *Gazette des Hôpitaux*, 21 avril 1900 (N° 2).

Ces ganglions avaient déjà été vus par Mascagni et représentés sur la planche 26 de son *Atlas.* Boyer, dans son *Traité d'Anatomie*, Bourgery et Jacob, dans leur *Atlas*, les mentionnent également.

Ces ganglions forment deux groupes principaux.

Le premier ou groupe maxillaire (1) est formé par deux ganglions situés à la face externe du maxillaire inférieur, entre l'artère et la veine faciale; un ou deux ganglions, plus bas placés, font la liaison entre les précédents et les ganglions sous-maxillaires. En haut, ils arrivent plus ou moins en contact avec le groupe suivant, ou groupe génien proprement dit.

Le groupe génien est formé de trois amas différents.

Le premier, ou buccinateur (2), est placé sur la face externe de ce muscle; certains ganglions sont situés en avant de la veine faciale; d'autres en arrière, autour du canal de Sténon. Ces derniers, au nombre de deux comme les précédents, ne doivent pas être confondus avec de petits lobules glandulaires aberrants que l'on peut observer également au point où le canal de Sténon perfore le muscle buccinateur. A côté de ces ganglions superficiels, on peut trouver, sous l'aponévrose du muscle buccinateur, des ganglions plus profonds qui ont été signalés par Debierre et niés par Princeteau.

Le groupe supérieur est représenté par un ganglion (3) situé au niveau de la partie moyenne du sillon naso-génien (Testut, Princeteau), en avant de l'artère faciale, et par un ganglion (4) placé plus haut et plus en arrière, au-dessus et en arrière des vaisseaux faciaux. Ce groupe supérieur est inconstant, à l'opposition du groupe buccinateur.

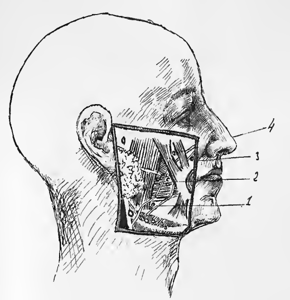


Fig. 1. — Ganglions géniens. 1, groupe maxillaire; 2, groupe buccinateur; 3 et 4, groupe supérieur.

Les ganglions géniens versent leur lymphe dans les ganglions sous-maxillaires par des vaisseaux parallèles à l'artère et à la veine faciale. Ils recueillent eux-même les lymphatiques de la joue et des muscles de la face. Ils n'ont que de rares anastomoses avec les lymphatiques des muqueuses nasale et buccale.

Synoviales et gaines tendineuses du pied (*In* Thèse Gonot, Lyon, 1901-1902, *De l'amputation et de la désarticulation des métatarsiens dans les ostéites tuberculeuses)* (N° 3).

Nos études ont porté sur les gaines suivantes:

Gaine de l'extenseur commun des orteils. Recouverte en haut par la face profonde du ligament annulaire, elle se termine au niveau de l'articulation du scaphoïde avec le 3e cunéiforme; elle est séparée de la gaine suivante par un espace triangulaire à base inférieure.

Gaine de l'extenseur propre du gros orteil. Située entre la précédente et la gaine du jambier antérieur, elle dépasse peu le bord supérieur du ligament annulaire et descend en bas jusqu'à 3 centimètres de l'articulation métatarso-phalangienne. Elle recouvre en partie la pédieuse dans sa portion supérieure.

Gaine du jambier antérieur. Logée entre la gaine précédente et le tibia, elle se termine en bas au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. L'articulation métatarso-cunéenne, voisine de l'insertion du tendon, envoie un petit cul-de-sac synovial qui remonte le long de ce tendon et peut aller s'ouvrir dans la synoviale tendineuse.

Gaine du jambier postérieur. Elle occupe la coulisse fibreuse du bord postérieur de la malléole interne, commence à la base de la malléole interne et finit vers l'insertion du tendon à la tubérosité du scaphoïde.

Gaine du long fléchisseur des orteils. Serrée contre la précédente dont la sépare une cloison aponévrotique, elle se termine à 1 centimètre au-devant de l'articulation du scaphoïde avec le 1er cunéiforme.

Gaine du long fléchisseur du gros orteil. Elle commence à la naissance du tendon et se porte dans la voûte calcanéenne au-dessus et en dedans de la précédente qu'elle croise à angle aigu.

Gaines phalangiennes. Elles sont toujours indépendantes des précédentes et vont de l'insertion du tendon aux articulations métatarso-phalangiennes.

Gaine des péroniers latéraux. Commune en haut sur une longueur de 2 centimètres, elle se bifurque en deux parties; l'une accompagne le court péronier latéral jusqu'à 2 centimètres de son insertion osseuse; l'autre, le long péronier latéral jusqu'à son os sésamoïde.

Ces rapports avec les os et les articulations facilitent et expliquent la diffusion aux gaines synoviales des suppurations osseuses ou ostéo-articulaires.

Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel. Etude anatomique (in *Revue de Chirurgie*, 10 avril 1907) (N° 4).

Pour préciser l'étude de cette région, nous avons, grâce à la bienveillance de M. le professeur Ancel, fait des recherches sur dix sujets. En étudiant comment sont disposés les orifices aponévrotiques, par lesquels les branches des vaisseaux épigastriques se dégagent de la profondeur, nous avons pu isoler deux types différents.

Le plus souvent, l'artère se porte transversalement en dedans, se place derrière le muscle grand droit et remonte en suivant le milieu de sa face postérieure; les branches qu'elle émet traversent le corps musculaire pour gagner les plans superficiels.

Plus rarement (4 fois sur 10), l'artère aborde le bord externe du grand droit, puis chemine le long de ce bord. La branche perforante, que l'on observe constamment un peu au-dessous de l'arcade de Dou-

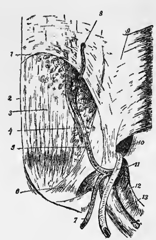


FIG. 2. — Région inguino-abdominale.
En 8 est l'orifice vasculaire par lequel se fait la hernie

glas, va donc perforer l'aponévrose, en particulier la ligne de Spiegel, en créant un orifice qui a ordinairement 4 millimètres de diamètre; il se trouve sur une ligne reliant l'ombilic à l'épine iliaque artéro-supérieure, le long du bord externe du grand droit, c'est-à-dire au siège des hernies de Spiegel.

Innervation du segment inférieur de l'uretère. *(In* **Urétérites pelviennes chroniques douloureuses.** *Journal d'Urologie,* 1923) (N° 5).

L'innervation de l'uretère a été longtemps méconnue et rattachée en haut, au plexus rénal; plus bas, aux plexus péri-spermatiques. Des travaux plus récents l'ont mise en lumière, en particulier ceux de Latarjet et Bonnet. Nos recherches n'ont fait que les confirmer.

Chez l'homme, au moment où l'uretère franchit le détroit supérieur, il reçoit du nerf hypogastrique

le nerf urétéral principal qui s'anastomose en bas avec des rameaux urétéraux nés du ganglion hypogastrique lui-même : nerf urétéro-vésical externe venu de l'angle antéro-supérieur du ganglion hypogastrique, et croisant le côté externe de l'uretère ; nerf urétéro-vésical interne, venu de la face interne du ganglion. Ces deux filets sont réunis par une anastomose pré-urétérale, dont les branches remontent sur le côté du réservoir vésical. Du nerf urétéro-vésical externe partent en outre des filets qui remontent le long de l'uretère, quelques-uns allant s'anastomoser avec le nerf urétéral principal.

A signaler en outre quelques branches accessoires, comme celles qui viennent du nerf du canal déférent.

Chez la femme, le ganglion hypogastrique fournit également le nerf urétéral principal ; du bord antérieur du ganglion hypogastrique se détachent les nerfs vagino-vésicaux, qui fournissent deux ou trois filets pour l'uretère inférieur ; ils reproduisent le type nerf urétéro-vésical externe ; nerf urétérovésical interne ; anse pré-urétérale.

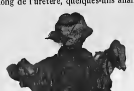


Fig. 3.— Résection des nerfs hypogastriques. Incontinence d'urine. Rétraction considérable de la vessie (grandeur naturelle)

Recherches expérimentales sur l'innervation de la vessie. (En collaboration avec M. le professeur Latarjet). *Société de Chirurgie*, 30 avril 1914 (Nº 6).

Ces recherches expérimentales, d'ordre physiologiques, complètent le travail de M. le professeur Latarjet et du professeur agrégé Bonnet sur le plexus hypogastrique. Elles ont été faites avec la collaboration de notre maître, le professeur Rochet. Le chien a été choisi comme sujet d'expérience parce que l'innervation de sa vessie est l'image schématique, mais exacte, de celle de l'homme.

1. *Effets de la section des nerfs hypogastriques.* Vingt jours après l'opération, la vessie est petite, rétractée, sans aucune lésion trophique.

L'animal urinait souvent, en grande quantité, et perdait même ses urines en dehors des moments où il urinait lui-même.

2. *Effets de la résection des nerfs érecteurs.* L'animal fait de la rétention complète avec distension. La vessie se distend et s'amincit. Il faut sonder le sujet plusieurs fois par jour.

3. *Effets de la résection des ganglions hypogastriques.* Leur ablation produit des effets analogues à la résection



Fig. 4.— Résection des nerfs érecteurs. Rétention d'urine. Distention vésicale.

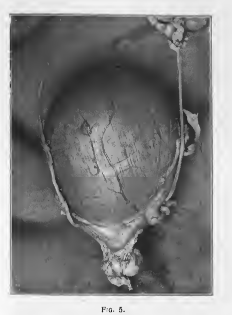


Fig. 5.
Résection des ganglions hypogastriques. Rétention d'urine.

des nerfs érecteurs. Mêmes phénomènes de dysurie, aboutissant à la rétention progressive et complète.

Donc la suppression de l'influence médullaire (section des nerfs érecteurs et des ganglions hypogastriques) paralyse la vessie, mais le sphincter reste efficace. La section des nerfs hypogastriques (influence du sympathique viscéral) produit l'effet inverse.

Innervation du rein.

in **Enervation du rein pour néphralgie rebelle.** *Congrès français d'Urologie*, 1922.

et *in* **Enervation du rein.** (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Congrès international d'Urologie*, Rome, 1924 (N° 7).

L'étude des nerfs du rein intéresse surtout le chirurgien dans leur portion abordable, c'est-à-dire dans le pédicule rénal. Nos recherches n'ont fait que confirmer celles de Latarjet et Bertrand qui admettent:

Un groupe de filets antérieurs venus du plexus solaire et du plexus mésentérique supérieur;

Un groupe de filets postérieurs venus des splanchniques.

Ce plexus est renforcé par un filet décrit par Sérès et venu du ganglion mésentérique inférieur.

Expérimentalement, avec le professeur Latarjet, nous avons énervé trois chiens; l'un, très méchant, eut immédiatement une congestion rénale intense, avec rupture du rein, et mourut d'hémorragie interne; chez les deux autres, la sécrétion urinaire ne fut pas modifiée, mais l'urine renferma de l'albumine pendant trois semaines.

Expériences et observations relatives à la greffe testiculaire chez le mouton. (En collaboration avec MM. Porcherel et Perraud). *Réunion biologique de Lyon*, 19 novembre 1928 (N° 8).

Nous avons greffé, en 1927, quatre moutons, deux bizets et deux mérinos. Les greffons (environ le quart d'un testicule) ont été pris : pour les bizets, sur des mérinos; pour les mérinos, sur des bizets. Un des moutons est mort de pneumonie post-opératoire. Chez tous, la plaie a évolué normalement sans suppuration ni élimination du greffon; ce dernier s'est résorbé progressivement et a fini par disparaître au bout de quelques mois.

Les sujets greffés ont accusé une augmentation plus rapide de poids que les non greffés, mais le but de nos expériences était de voir de quelle façon serait améliorée la laine (longueur et grosseur, régularité des brins), et ce qu'il y aurait comme modification du suint.

A ce point de vue, nos expériences sont restées contradictoires et auront besoin d'être complétées par de nouvelles recherches.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

A propos des derniers travaux sur l'éthérisation et la chloroformisation. *Lyon Médical,* 30 mai 1903 (N° 9).

Technique de l'anesthésie générale (Chloroforme et éther). *Lyon Médical,* 22 novembre 1903 (N° 10).

La discussion au sujet de l'éther et du chloroforme semble s'être déplacée de terrain ; il est admis, à l'heure actuelle, que la mortalité immédiate serait plus élevée avec le chloroforme, et la question en litige est celle de la mortalité par complications secondaires.

Les dégénérescences du cœur, du foie, des reins, sont plus marquées avec le chloroforme qu'avec l'éther. Par contre, on reproche à l'éther de produire des complications pulmonaires souvent mortelles.

Nous avons cherché à établir que ces pneumonies sont des pneumonies d'opération, et non d'éthérisation. Elles sont aussi fréquentes avec l'un des agents anesthésiques qu'avec l'autre ; on les observe souvent alors même que le malade n'a pas été anesthésié. Elles sont la propagation d'une infection de voisinage (opérations pratiquées sur le cou) ou d'une infection à distance (opérations sur l'estomac et l'intestin). Il n'y a donc pas lieu d'en faire un reproche particulier à l'éther.

La technique de l'anesthésie générale, qu'il s'agisse du chloroforme ou de l'éther, est, au surplus, une chose délicate qui justifie la création d'anesthésistes de profession. Le docteur Olivier, de Bordeaux, étudiant la question dans une thèse récente, discute les avantages et les inconvénients du chloroforme et de l'éther et conclut, lui aussi, à la supériorité de l'anesthésie par l'éther ; la défaveur dans laquelle l'éther est tombé aux yeux de certains vient, dit-il, d'anesthésies faites par des mains inexpérimentées. Des complications, des dangers identiques peuvent résulter de l'emploi de l'un ou de l'autre. L'éther les produirait moins souvent que le chloroforme.

ACTINOMYCOSE

Les communications de MM. les professeurs Poncet et Bérard, leur Traité clinique de l'actinomycose humaine, les thèses qu'ils ont inspirées ont montré l'actinomycose sous ses diverses formes. Les recherches que nous avons entreprises sous la direction de notre maître, le professeur Poncet, ont eu pour but d'élucider certains points de cette œuvre si vaste ; de mettre en relief certains symptômes particulièrement importants ; de prouver, par des exemples répétés, par des statistiques, la fréquence de cette affection ; de mieux en fixer enfin le type clinique par des observations et des photographies.

Nous avons fait, à ce propos, deux statistiques d'ensemble et collationné les faits publiés dans la région bordelaise :

De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années. (En collaboration avec M. le professeur Poncet). *Académie de Médecine*, 9 juin 1903 (Nº 11).

Actinomycose dans le Dauphiné. *Association française pour l'avancement des Sciences*, 1904 (Nº 12).

A propos de l'actinomycose humaine. *Lyon Médical*, 19 mai 1907 (Nº 13).

La première statistique utilise tous les documents que nous permettaient de consulter les ressources de la Faculté de Lyon.

Elle commence en 1903, au moment où s'arrêta la bibliographie du Traité de l'Actinomycose humaine. Elle comporte 531 cas, mais nous n'avons pu avoir des renseignements suffisants que pour 497. Elle nous montre que l'actinomycose est, sauf en Suisse, fréquente partout où l'on sait la diagnostiquer. La proportion des cas, chez l'homme et chez les animaux, est très différente suivant les régions, ce qui prouve, ainsi que l'avaient admis MM. Poncet et Bérard, que la contagion par l'animal est peu commune ; l'augmentation des cas, partout où l'on signale l'absence d'hygiène, est, au contraire, manifeste.

L'actinomycose cervico-faciale, qui est la forme ordinaire de l'affection, est la moins grave (1 mort pour 4 guérisons). La mortalité devient considérable dans les formes viscérales (tube digestif, appareil pulmonaire, organes génito-urinaires, etc.).

L'iodure de potassium et tous les médicaments iodés (iode, iodipine, iodates, etc.) sont les seuls agents thérapeutiques vraiment actifs.

En France, l'actinomycose n'est encore signalée qu'autour des centres universitaires, ce qui montre le nombre de cas qui passent inaperçus.

L'autre statistique est purement locale. Elle fut faite à l'occasion du Congrès de Grenoble. Elle est relative à 14 cas observés dans le Dauphiné et établit leur répartition dans les régions humides ou marécageuses, le long de l'Isère, de la Drôme ou de leurs affluents.

Le troisième travail concerne l'actinomycose dans le Bordelais et a pour point de départ la thèse de Petgès. L'auteur, rassemblant les cas déjà publiés dans cette région, réunit 25 observations. D'une enquête faite auprès des médecins de la campagne, il conclut à la fréquence relative de l'actinomycose qui, dans quelques points, serait même considérée comme une lésion banale.

Nous avons étudié également l'actinomycose au point de vue expérimental. Nos recherches sont consignées dans les deux communications suivantes :

Actinomycose et tuberculose. Réaction des actinomycosiques aux procédés de laboratoire employés pour le diagnostic de la tuberculose. *Congrès français de Chirurgie*, 1906 (Nº 14).

Lorsqu'on veut, par des procédés de laboratoire, établir un diagnostic de tuberculose, on a à sa disposition la recherche directe du bacille, la réaction à la tuberculine, le séro-diagnostic, l'épreuve du

vésicatoire (M. Mérieux a montré (*Revue de Médecine*, février 1906) que la sérosité d'un vésicatoire d'un tuberculeux fait réagir un cobaye tuberculeux comme une injection de tuberculine).

Nous avons voulu étendre à l'actinomycose les mêmes procédés. Friedrich avait déjà montré que les actinomycosiques réagissent à la tuberculine aussi bien que des tuberculeux. Nous n'avons pas repris ces expériences que nous croyons démonstratives. Nos recherches personnelles nous ont donné les résultats suivants :

La séro-réaction tuberculeuse a été positive 4 fois sur 4 dans l'actinomycose, et négative dans le seul cas de pseudo-actinomycose que nous avons rencontré.

L'épreuve du vésicatoire a fourni des renseignements concordants avec ceux de la séro-réaction.

Ces procédés pourraient donc rendre, dans le diagnostic de l'actinomycose, les mêmes services que dans les cas de tuberculose.

Recherches sur la toxicité des cultures d'actinomycose et la présence de leurs produits solubles (En collaboration avec M. le professeur Poncet et M. Lacomme). *Académie de Médecine*, 16 avril 1907 (N° 15).

Ces recherches établissent la non-toxicité des cultures d'actinomycose et l'absence de tout produit soluble. Elles ont été faites avec des cultures sur bouillon filtré, et des cultures sur agar broyées et traitées, les unes par une solution physiologique salée, les autres par l'éther, l'alcool ou le chloroforme. L'injection aux animaux de ces divers produits n'a jamais été suivie d'aucune réaction.

BOTRYOMYCOSE

La botryomycose humaine (5 nouvelles observations) (En collaboration avec M. Alamartine). *Lyon Chirurgical*, juillet 1909 (N° 16).

Les observations qui font l'objet de cette étude répondent au type classique de la botryomycose. Cette affection est caractérisée, on le sait, par l'existence d'une sorte de bourgeon charnu, ayant histologiquement la même structure que ceux que l'on observe au niveau des plaies, et se différenciant de ceux-ci par son apparition au niveau d'une piqûre insignifiante, par sa forme nettement pédiculée, et par sa résistance spéciale aux agents modificateurs des bourgeons charnus ordinaires.

De là, à incriminer un agent pathogène spécial, il n'y avait qu'un pas. Des recherches bactériologiques plus approfondies ont montré qu'il n'y avait pas cependant de microbe spécifique de cette affection, et les auteurs la rattachent aux agents ordinaires de la suppuration, au staphylocoque en particulier.

Plus récemment, M. Letulle avait été conduit à penser que les amibes pouvaient engendrer un pareil processus pathologique.

Les recherches que nous avons faites dans ce sens nous ont permis de retrouver des formations analogues à celles décrites par M. Letulle comme des amibes. Il nous a été impossible de les cultiver, et leurs réactions, vis-à-vis des matières colorantes, nous les ont fait considérer comme des formes de dégénérescence cellulaire, et non comme des agents parasitaires.

TUBERCULOSE

Placé aux côtés de notre maître, M. Poncet, dès le début de ses recherches sur le rhumatisme tuberleux et la tuberculose inflammatoire, nous avons eu, à diverses reprises, l'honneur d'être son collaborateur, et nous avons été amené à étudier la tuberculose inflammatoire et la tuberculose spécifique (tuberculose classique).

La conception du rhumatisme tuberculeux fut d'abord longuement exposée par M. Poncet, dans la Monographie XXXIV, de l'œuvre médico-chirurgicale de Critzmann. Dès 1903, nous avons résumé les données de notre maître:

Le rhumatisme tuberculeux. *Gazette Médicale de Paris*, 12 décembre 1903 (Nº 17)

et appelé l'attention sur les diverses formes de rhumatisme tuberculeux:

Rhumatisme tuberculeux articulaire. Rhumatisme tuberculeux primitif. Rhumatisme tuberculeux secondaire. *Bulletin Médical*, 8 août 1903 (Nº 18).

En même temps que nous étudiions la tuberculose chez l'homme, nous recherchions, en collaboration avec le docteur Ball, professeur à l'Ecole vétérinaire, quelles en étaient les manifestations articulaires chez les animaux:

Etude comparée, chez l'homme et les animaux, des lésions tuberculeuses des articulations, des gaines tendineuses et des bourses séreuses (tuberculose spécifique et tuberculose inflammatoire). *Revue de la Tuberculose*, février 1910 (Nº 24).

Nous avons pu établir que chez l'animal comme chez l'homme, il existe des lésions de tuberculose inflammatoire et des lésions spécifiques. Les premières, dans certaines espèces, chez le cheval en particulier, sont relativement très fréquentes. Les secondes ne s'observent guère qu'à la période de début, les animaux étant d'ordinaire abattus dès que le diagnostic a été porté. Tous les animaux sauvages ou domestiques, mammifères ou oiseaux, sont susceptibles d'en présenter. La tuberculose détermine chez eux des altérations anatomo-pathologiques et revêt une allure clinique en tous points comparables à celles que l'on observe chez l'homme.

Les arthrites inflammatoires sont aiguës ou chroniques, hydropiques, sèches, végétantes, etc. La granulie articulaire est rare; de même, les fongosités telles que celles que l'on rencontre dans l'espèce humaine; les arthrites à grains riziformes ont été signalées quelquefois.

Les synovites sont plus volontiers inflammatoires, séreuses ou plastiques. Guillebeau, Schlegel ont signalé des formes fongueuses, Repiquet des synovites à grains riziformes.

Des bursites diverses, sèches, hydropiques, fongueuses (Guillebeau, Kitt), à grains riziformes, etc., ont été également décrites.

L'absence de documents nombreux et précis empêche de tirer de ce sujet si intéressant toutes les conclusions qui en découleront plus tard.

Ces recherches variées sur la tuberculose ont été condensées dans un petit volume dont MM. Poncet, Chantemesse et Collet nous ont fait l'honneur de nous confier la rédaction:

La tuberculose des articulations, des gaines synoviales et des bourses séreuses. *Bibliothèque de la Tuberculose*, O. Doin, éditeur (1 vol. in-18 jésus, de 411 pages, avec 51 figures (N° 25).

Dans la première partie, tuberculose des articulations, nous décrivons successivement:

1° Les diverses modalités des arthrites en général:

Les formes inflammatoires du rhumatisme tuberculeux primitif ou secondaire, ses manifestations aiguës ou chroniques: arthrites plastiques, hydropiques, sèches, etc.

Les formes spécifiques, fongueuses.

Les formes intermédiaires: arthrites à grains riziformes, lipomes arborescents des articulations, etc.

2° Les caractères particuliers à chaque arthrite, avec ses manifestations cliniques, et ses indications thérapeutiques propres. Nous insistons d'une façon plus spéciale sur le traitement non sanglant de ces arthrites, qui paraît devoir se substituer de plus en plus aux opérations proprement dites, et en particulier aux résections. Ces indications sont envisagées suivant les formes cliniques et surtout suivant l'âge et l'état général du sujet, facteurs de toute première importance en pareille occurrence.

Le même plan a été adopté pour la tuberculose des gaines synoviales. Les diverses synovites hydropiques, sèches, plastiques, aiguës ou chroniques, y sont d'abord étudiées, puis les synovites à grains riziformes, les lésions fongueuses. Une mention spéciale est faite de certaines formes, encore discutées dans leur nature, lipomes diffus des gaines synoviales, tumeurs myéloïdes, etc. La tuberculose de chacune de ces gaines fait l'objet de paragraphes spéciaux.

Cette division se retrouve pour la tuberculose des bourses séreuses, et leurs lésions sont assimilées avec soin à celles des arthrites et des synovites, afin de bien montrer l'identité du processus inflammatoire, déterminé par l'identité de la structure des parois synoviales.

L'étude comparée de ces lésions chez l'homme et les animaux fait l'objet d'un dernier chapitre que le petit nombre de documents existant actuellement permet seulement d'esquisser.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur. *Lyon Médical,* 29 août 1897 (N° 26).

M. Jaboulay a préconisé ces interventions pour combattre la ptose de certains organes, pour en amener l'atrophie. Ce sont ses idées qui ont fait l'objet de ce travail.

La suppuration artificielle d'après la méthode de Fochier dans la pyohémie et autres maladies aiguës. *Lyon Médical,* 16 avril 1899 (N° 27).

Traduction d'un rapport du docteur Menko, au Congrès d'Amsterdam, sur la méthode de Fochier (abcès de fixation par injections sous-cutanées d'essence de térébenthine).

De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des projectiles. (En collaboration avec M. le Médecin général Rouvillois, *Gazette des Hôpitaux,* 12 décembre 1905 (N° 28).

Il est dit, dans tous les traités classiques, que lorsqu'on applique le canon d'un revolver contre la peau, la balle ne peut pénétrer, et qu'il n'y a qu'une contusion locale. Nous avons, pour vérifier ce fait, entrepris toute une série de recherches expérimentales, en faisant varier l'arme et la nature de la poudre (poudre noire, pyroxylée).

Toutes ont porté sur les revolvers. On sait, en effet, qu'un fusil éclate lorsque l'extrémité du canon est oblitérée au moment où part le coup ; pour le revolver, il n'en est rien, les gaz produits par la déflagration de la poudre s'échappant entre le canon et le barillet.

La non pénétration n'a été obtenue qu'avec des armes et surtout des munitions de mauvaise qualité. Sinon, à bout touchant, aussi bien qu'à bout portant, c'est-à-dire à une distance de quelques centimètres, la force de pénétration des projectiles ne paraît pas modifiée en quoi que ce soit.

Les progrès réalisés dans la fabrication des armes, l'emploi de poudres nouvelles font donc disparaître cette vieille formule basée sur des observations anciennes, et que des faits cliniques récents ne nous avaient pas paru justifier.

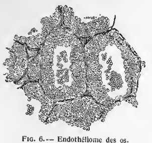


FIG. 6. — Endothéliome des os.

Des endothéliomes des os. *Revue de Chirurgie,* juin 1900 (N° 29). Th. de Hollande, Lyon, 1900-1901.

Etudiée par Kolaczeck, Hildebrand, Volkmann, Berger, etc., cette variété de tumeur des os se développe aux dépens de l'endothélium des vaisseaux (endothéliomes), ou de leur gaine lymphatique (périthéliomes). Ils constituent une sorte

de sarcome extrêmement vasculaire, animé de souffles et de battements et dont l'aspect histologique reproduit le schéma ci-contre.

L'absence de ganglions, leur localisation nette permet, au début, une ablation facile, mais il ne nous a pas été possible de déterminer leur pronostic éloigné, qui paraît d'ailleurs des plus réservé.

Le plombage des os d'après la méthode de Mosetig Moorhof (En collaboration avec M. le professeur Bérard). *Revue d'Orthopédie*, juillet 1904 (N° 30).

De l'oblitération des cavités osseuses pathologiques par la méthode du plombage de Mosetig Moorhof. (En collaboration avec M. le professeur Bérard. *Congrès de Chirurgie*, 1908) (N° 31).

La méthode de Mosetig Moorhof consiste à oblitérer les cavités osseuses (à la suite d'ostéomyélite, de tuberculose, etc.), au moyen d'un mélange d'iodoforme, d'huile de sésame et de blanc de baleine. Elle donne d'excellents résultats si la cavité osseuse est rendue aseptique et si l'on se met à l'abri des hémorragies. La résorption du mélange se fait lentement, sans accident (ce mélange étant parfaitement résorbable), à mesure que les bourgeons charnus envahissent la cavité osseuse. Six observations personnelles nous ont permis de commenter cette méthode dont la valeur est établie par des statistiques nombreuses : Mosetig Moorhof, 120 cas, etc., etc.

Nous avons pu suivre pendant plusieurs années nos premiers opérés et constater chez eux, avec l'absence de toute récidive, la persistance d'un bon résultat fonctionnel. Ces constatations à distance et la discussion de 19 cas personnels font l'objet du second mémoire.

TETE ET COU

Des adénites géniennes (adénites de Poncet). Etude anatomique et clinique. *Gazette des Hôpitaux*, 21 avril 1900. (N° 32).

Sur les adénites géniennes. *Lyon Médical*, 17 juin 1900 (N° 33).



Fig. 7. — Adénite génienne.



Fig. 8. — Adénite génienne.

Les adénites géniennes sont de nature très diverse: infectieuses, tuberculeuses, syphilitiques, néoplasiques (on a même signalé des tumeurs primitives de ces ganglions), et leur fréquence s'explique par les territoires lymphatiques qui sont leurs tributaires.

Les adénites infectieuses (infection banale, érysipèle, oreillons, etc.) ont leur point de départ dans une lésion des téguments superficiels (paupière inférieure, nez, lèvre supérieure, joue) ou des muqueuses (nasale et buccale), ou dans une carie dentaire: il en résulte une adénite chronique ou un adéno-phlegmon, et l'on a pu noter, à côté d'un abcès unique, jusqu'à quatre abcès échelonnés le long des vaisseaux faciaux (Vigier). Le pus ulcère d'ordinaire les téguments sur la face externe de la joue. Jamais il ne se porte en profondeur du côté de la muqueuse. Chez une malade de M. le professeur Lépine, il s'ouvrait à la commissure labiale.

Les adénites tuberculeuses n'ont, en ce point, rien de particulier. Les adénites syphilitiques sont rares, signalées seulement par Capette-Laplène et Vauthey. Les adénites néoplasiques succèdent d'ordinaire à un cancroïde de la lèvre supérieure ; l'infection est tardive. Parfois (Kuttner) un cordon lymphatique induré relie le néoplasme au ganglion.

Les tumeurs des ganglions géniens sont exceptionnelles. Capette-Laplène a vu, chez une femme atteinte de lymphadénie, un ganglion buccal engorgé, un ganglion sous-maxillaire et enfin le ganglion inframaxillaire. D'autre part, M. L. Dor possède une observation de tumeur d'un ganglion maxillaire.

Le diagnostic est surtout à faire avec les kystes sébacés, dermoïdes ou salivaires, avec les lipomes buccaux de Dolbeau, avec les gommes syphilitiques ou tuberculeuses.

Le traitement consiste dans l'ablation du ganglion ou la simple incision s'il est suppuré. Pour des raisons esthétiques, l'opération sera pratiquée par la voie buccale, aussi souvent qu'il sera possible de le faire.

Dans un second travail, nous apportons, à l'appui de ces conclusions, 21 observations inédites d'adénites géniennes.

Les fractures compliquées de la région antérieure du crâne. *Archives Générales de Chirurgie*, septembre 1909 (N° 34).

Répondant à une région qui ne renferme ni vaisseaux, ni nerfs importants, à des lobes cérébraux qui correspondent à des zones latentes du cerveau, les fractures compliquées de la région antérieure du crâne présentent une bénignité particulière, une symptomatologie très atténuée. Deux malades, que nous avons eu l'occasion d'opérer, nous ont confirmé ces particularités.

Le premier, à la suite d'une chute de cheval, avait eu un gros délabrement des régions frontales, et, en enlevant des esquilles détachées, nous avons été conduit à lui faire une perte de substance large comme la paume de la main. Le second eut la région frontale enfoncée par un coup de pied de cheval, avec déchirure des méninges et issue au dehors d'une petite quantité de matière cérébrale. Dans les deux cas, les suites opératoires furent simples et les troubles cérébraux qui persistent sont très peu accentués (maux de tête, fatigue cérébrale rapide, etc.).

Gros kyste hydatique suppuré du cou. *Gazette des Hôpitaux*, 29 octobre 1901 (N° 35).
Des kystes hydatiques du cou. *Gazette des Hôpitaux*, 22 mars 1902 (N° 36).

Le malade qui fut le point de départ de ces deux études portait un kyste hydatique qui suppura à la suite d'une grippe. Ce kyste siégeait sur la partie latérale du cou et débordait le sterno-cléido-mastoïdien en avant, mais surtout en arrière. Nous avons, à cette occasion, réuni 65 cas de kystes hydatiques du cou. Ne sont pas compris dans ce travail les kystes siégeant dans la glande thyroïde, en raison de leur allure clinique très particulière.

Par une série de publications, et surtout grâce aux photographies qui accompagnent le texte, nous avons cherché, sous l'inspiration de MM. les professeurs Poncet et Bérard, à vulgariser la connaissance de l'actinomycose cervico-faciale, localisation de beaucoup la plus fréquente du parasite chez l'homme.

Actinomycose cervico-faciale. *Société de Médecine*, 24 juin 1901 (N° 37).

Actinomycose primitive de la peau de la face. *Société de Médecine*, 22 juillet 1901 (N° 38).



Fig. 9. — Actinomycose cervico-faciale.



Fig. 10. — Actinomycose cervico-faciale.

Note sur deux cas d'actinomycoses cervico-faciales. *Archives provinciales de Chirurgie*, janvier 1902 (N° 39).

Deux actinomycoses cervico-faciales. *Société des Sciences Médicales*, 9 et 16 avril 1902, et *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1902 (Nos 40, 41 et 42).

Actinomycoses cervico-faciale de forme courante. *Gazette des Hôpitaux*, 2 juillet 1903 (N° 43).

Actinomycose cervico-faciale. Nouvelles observations. *Société de Médecine*, 15 juin et 6 juillet 1903. *Archives provinciales de Chirurgie*, février 1904. (Nos 44, 45 et 46).

Nous avons eu la bonne fortune d'observer et de pouvoir faire une étude détaillée de quelques-unes de ses manifestations rares, oreille, amygdale, etc.

Actinomycose de l'oreille. (En collaboration avec le docteur Rivière). *Société de Médecine*, 4 et 25 mai 1903. *Revue de Chirurgie*, janvier 1904. Thèse de Vieille, Lyon, 1903-1904 (Nos 49, 50 et 51).

Ce travail a pour point de départ un cas de phlegmon actinomycosique suppuré de la région angulo-faciale et périmastoïdienne gauche, consécutif à une otite externe de même nature, que nous avons opérée dans le service de M. Poncet. L'infection de l'oreille externe est la conséquence d'une inoculation faite par le malade en se grattant avec des morceaux de bois, de paille, etc.



Fig. 11.— Phlegmon actinomycosique d'origine otique.



Fig. 12. — Phlegmon actinomycosique d'origine amygdalienne

Dans la littérature médicale, nous n'avons trouvé que deux cas (Beck-Zaufall, Majocchi) concernant des otites actinomycosiques. L'affection avait débuté par l'oreille moyenne pour gagner la mastoïde ; elle paraissait s'être faite par la trompe d'Eustache. Nous n'avons pas vu signalé de cas d'otite interne. Les otites externe et moyenne s'accompagnent d'un placard induré dont l'aspect, ainsi que le montre la photographie ci-jointe, fait penser d'emblée à l'actinomycose. La constatation du grain jaune et du mycélium confirment le diagnostic qu'il faut poser d'une façon hâtive ; il y a lieu de redouter, en effet, une

infection de la boîte cranienne et du cerveau, qui serait rapidement mortelle. L'ouverture large des foyers malades et le traitement ioduré permettent, lorsque le traitement est institué précocement, d'espérer une guérison rapide.

Actinomycose de l'amygdale. *Société de Médecine*, 30 mai 1904, et *Gazette des Hôpitaux*, 27 septembre 1904 (Nos 51 et 52).

Dans la même région, nous avons eu l'occasion de rencontrer des accidents actinomycosiques relevant d'une autre pathogénie. Une amygdalite suppurée fut le point de départ d'un phlegmon actinomycosique de l'angle de la mâchoire. Or, on a, à maintes reprises, noté la présence du champignon rayonné dans les cryptes amygdaliennes. Il y vit le plus souvent sans déterminer de lésions, mais on conçoit avec quelle facilité il peut pénétrer dans l'amygdale, surtout à la faveur d'infections associées, pour diffuser ensuite dans les régions avoisinantes.

Actinomycome suppuré du sterno-mastoïdien gauche.— Syphilis et actinomycose. *Société de Médecine*, 19 novembre 1902 et *Archives Provinciales de Chirurgie*, août 1903 (Nos 53 et 54).

Martinet, thèse de Lyon, 1903-1904.

Le malade que nous avons pu suivre dans la Clinique de M. Poncet, présentait une infiltration du segment inférieur du sterno-cléido-mastoïdien, dure, indolore, paraissant fluctuante en un point, et qu'on aurait considérée et traitée comme une gomme syphilitique de ce muscle, si la ponction du point fluctuant n'avait permis de ramener des grains jaunes. Le traitement ioduré fit disparaître en dix mois tous ces accidents.

Nous avons profité de ce cas pour montrer combien l'actinomycose est protéiforme, et nous lui avons opposé un cas presque identique où il s'agissait d'une tumeur maligne.

Nous avons surtout eu pour but d'insister sur l'analogie que présentent parfois l'actinomycose et la syphilis. Le diagnostic est d'autant plus difficile que l'iodure triomphe dans les deux cas, et que l'on a signalé des observations d'actinomycose chez des syphilitiques, telle la belle observation que le professeur Ronas, de Budapest, a bien voulu nous communiquer.

Tumeur de l'œsophage ayant envahi la trachée et le corps thyroïde. *Société des Sciences Médicales*, 5 juillet 1899 (No 55).

Cette observation fut publiée en raison de la rareté d'une telle extension.

CORPS THYROÏDE

Thyroïtoxémie ou thyroïdisme aigu post-opératoire. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 11 août 1901 (N° 56).

Les accidents d'intoxication thyroïdienne s'observent assez souvent après les interventions pour goitre, et la malade que nous avons observée, avec M. Poncet, et qui nous suggéra cette étude, en était un très beau type. A la fièvre, à une hyperthermie considérable, il faut joindre l'éréthisme cardiaque, l'agitation, etc. Quelquefois, l'intoxication est telle que le malade succombe rapidement. Le drainage bien fait de la région est le meilleur moyen dont nous disposons contre de tels accidents, et leur apparition doit faire craindre une rétention en arrière de drains oblitérés ou coudés. Notre malade en fut une excellente démonstration. Ses malaises cessèrent avec l'apparition de la sécrétion de la plaie, au bout de trois jours ; ils furent d'ailleurs légers, et la brusquerie de leur début n'était que la conséquence d'un peu de rétention des sécrétions thyroïdiennes derrière une mèche de gaze.

De la dysphagie après les opérations pour goitres. *Bulletin Médical*, 11 septembre 1901 (N° 57).

A la suite des interventions sur la glande thyroïde, il est fréquent d'observer une dysphagie plus ou moins marquée. Elle est parfois telle qu'elle nécessite l'emploi de la sonde à demeure. Elle ne paraît pas due à des lésions de l'œsophage ou des nerfs voisins. Elle semble la conséquence d'un réflexe parti des nerfs thyroïdiens sectionnés ou irrités. Elle est de courte durée, heureusement pour les malades, car la thérapeutique habituelle échoue et la morphine ne produit même qu'une légère amélioration.

Note sur l'étiologie des goitres.

(En collaboration avec M. le professeur Bérard). *Société de Biologie*, 12 janvier 1907 (N° 58).

Les recherches que nous avons entreprises sur ce sujet consistent :

1° En inoculation de fragments de tumeurs en milieux appropriés ; 2° en inoculation de cultures atténuées dans la glande de chiens et de lapins. Le premier groupe de recherches est seul étudié ici, le second fera l'objet d'une note ultérieure.

Sur 10 goitres, nous avons obtenu :

5 fois du staphylocoque ;

1 fois un diplocoque, que des cultures ultérieures montrèrent être un aspect du staphylocoque ;

4 fois un résultat négatif.

Ces expériences faites avec des goitres enlevés sans dilacération, immédiatement après l'opération, le fragment à ensemencer ayant été prélevé au centre de la pièce pour se mettre à l'abri d'infection directe, montrent la fréquence dans les goitres des microbes ordinaires de la suppuration, et confirment les recherches de MM. Jaboulay et Rivière, etc.

La stérilité de certains goitres n'implique pas au début une origine non microbienne : la glande thyroïde se débarrasse assez rapidement des microbes qui l'ont envahie, et le pus des thyroïdites est assez souvent aseptique.

Au surplus, en dehors des microbes eux-mêmes, les toxines microbiennes agissant à dose suffisante et suffisamment longtemps, peuvent produire les mêmes résultats.



Les kystes congénitaux de la glande thyroïde. *Bulletin Médical*, mai 1910 (Nº 59).

Les kystes congénitaux de la glande thyroïde sont très rares et peuvent se répartir en trois groupes. Les uns sont de simples kystes colloïdes ; d'autres constituent des dégénérescences polykystiques, analogues à celles du rein ; d'autres enfin sont des tumeurs à structure complexe, avec du tissu thyroïdien, des éléments musculaires, des segments cartilagineux, etc.

Les premiers ont été surtout étudiés par Wolfler et Isambert. La dégénérescence polykystique est exceptionnelle ; grâce à la bienveillance de M. Gangolphe, nous avons pu en publier un cas.

Les tératomes, à tissus complexes, ont été décrits par Boucher et surtout par Lannelongue.

Ces diverses tumeurs revêtent la symptomatologie des goitres congénitaux ordinaires, et ils ne sont différenciés de ces derniers que par l'examen macroscopique ou microscopique.

Quatre cas de goitre chez le nouveau-né (En collaboration avec M. le professeur Fabre). *Société de Chirurgie*, 21 mars 1907 (Nº 60).

La congestion de la glande thyroïde chez le nouveau-né (En collaboration avec M. le professeur Fabre). *Annales des Maladies de l'Enfance*, 1er mai 1908 (Nº 61).

Goitre parenchymateux (adénome fœtal diffus) chez le nouveau-né (En collaboration avec M. le professeur Fabre. *Annales des maladies de l'Enfance*, juillet 1908 (Nº 62).

Le goitre chez le nouveau-né (En collaboration avec M. le professeur Fabre). *Revue de Chirurgie*, 1908 (Nº 63).

Goitres et congestions de la thyroïde chez le nouveau-né. *L'Obstétrique*, février 1909 (Nº 64).

Thèse de Richard, Lyon, 1906-1907.

Ces divers articles ont pour point de départ : les cas de goitre chez le nouveau-né (adénome fœtal diffus), que nous avons étudiés dans le musée du professeur Fabre ;

les observations de congestion de la glande thyroïde chez le nouveau-né que nous avons recueillies dans son service.

Tous ces faits concordent avec de nombreux travaux parus à l'étranger (Virchow, Demme, Wolfler) qui ont établi les caractères histologiques des goitres des nouveau-nés. En même temps, une série d'observations (nous en avons rassemblé plus de 130), dont un certain nombre françaises, en ont montré la fréquence.

Ils nous permettent de classer, à l'heure actuelle, ces cas en plusieurs groupes qui présentent de loin en loin des formes intermédiaires :



Fig. 13. — Goitre congénital (survie de 21 jours)



Fig. 14. — Goitre congénital, vue antérieure.



Fig. 15. — Goitre congénital, coupe transversale.

1° Hypertrophie simple de la thyroïde.
2° Goitre congestif, congestion de la thyroïde par persistance de la circulation lacunaire fœtale.
3° Adénome fœtal limité, superposable aux formes de l'adulte.
4° Goitres kystiques.
5° Goitres parenchymateux diffus.

Ces lésions se rencontrent surtout dans les pays goitrigènes et forment la transition entre la thyroïde normale et la thyroïde arrêtée dans son évolution, s'accompagnant de crétinisme.

Les formes diffuses sont de beaucoup les plus fréquentes et tout particulièrement les goitres parenchymateux diffus. Ce sont aussi les plus dangereux, car les deux lobes thyroïdiens enserrent l'œsophage et la trachée, les encerclent dans un anneau très étroit. De là, l'explication des accidents inquiétants que l'on observe en pareil cas.

Les troubles fonctionnels sont très variables; ils vont d'une gêne momentanée à une asphyxie rapide et sont souvent mis sur le compte de l'hypertrophie du thymus; ils sont passagers dans les formes congestives. Le traitement médical, l'exothyropexie (Pollosson, Commandeur) sont les moyens thérapeutiques ordinairement employés pour les combattre. Les opérations plus graves (thyroïdectomie, etc.) ont été exceptionnellement pratiquées.

SEIN - CAGE THORACIQUE - RACHIS

Sur le traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein (En collaboration avec M. le professeur Commandeur). *Société des Sciences Médicales*, 8 février 1899· *Lyon Médical*, 28 mai 1899 (N°s 65 et 66).

Les suppurations du sein chez les nouvelles accouchées ont deux points de départ différents: tantôt les conduits galactophores (galactophorite de Budin), tantôt le système lymphatique du sein dans son réseau superficiel (abcès aréolaires et péri-aréolaires) ou dans son réseau profond (abcès intraglandulaire).

Le plus souvent il y a, au début, galactophorite pure, pendant laquelle l'infection est endocanaliculaire, puis secondairement le tissu cellulaire est envahi.

Cette connaissance des suppurations endocanaliculaires est de la plus haute importance au point de vue du pronostic, et explique qu'on puisse en enrayer la marche par l'expression des conduits galactophores. Ces idées ont été développées dans les thèses de Catalioti et d'Arbel. L'observation que nous avons recueillie nous paraît le type de ce que peut donner cette méthode.

Contribution à l'étude de la maladie kystique de Reclus. Nature inflammatoire de cette affection (En collaboration avec M. Alamartine). *Province Médicale*, 20 juin 1908 (N° 67).

La maladie kystique du sein se présente histologiquement sous des allures bien différentes.

Tantôt le processus néoformateur a intéressé surtout le tissu conjonctif et engendré des masses fibreuses au milieu desquelles persistent quelques acini glandulaires comprimés et atrophiés.

Tantôt il a porté son action sur l'élément épithélial, et les kystes sont tapissés d'un épithélium en voie de prolifération telle qu'il constitue dans leur intérieur des végétations plus ou moins ramifiées.

Dans le premier cas, le caractère inflammatoire des accidents est indiscutable ; dans le second, l'hésitation peut être permise entre un épithélioma et une inflammation. C'est un fait de ce genre que nous venons d'observer dans le service de M. Poncet. Il s'agissait d'une malade opérée antérieurement pour une lésion étiquetée cliniquement maladie kystique de Reclus, puis histologiquement épithélioma du sein.

Malgré la simple ablation du kyste, la tumeur ne récidiva pas, ni dans la glande mammaire ni dans les ganglions, et cette femme revenait à l'hôpital pour une lésion analogue, kystique, du sein opposé. L'examen histologique de cette dernière lésion montrait encore dans les kystes de fines arborisations épithéliales. Les caractères adultes des cellules, leur orientation sur l'axe conjonctif qui constituait la trame des arborisations permirent de rejeter l'hypothèse d'un néoplasme, mais il est certain que de pareils diagnostics histologiques sont des plus délicats.

En opposition avec ces préparations microscopiques et cette observation, nous avons cru devoir en rapporter une autre du type fibreux, indiscutablement inflammatoire.

Cancer du sein chez l'homme. *Société des Sciences Médicales*, 25 novembre 1903 (N° 68).

Le malade opéré par nous présentait un cancer du sein, avec une ulcération étendue de la peau; le cancer fut enlevé largement, en même temps que le pectoral et les ganglions axillaires.

Enorme kyste dermoïde sous-cutané n'ayant apparu qu'à l'âge de 68 ans, et siégeant au-dessus de l'omoplate gauche. *Gazette des Hôpitaux*, 5 juin 1902 (N° 69).

Le volume de la tumeur, la date tardive de son apparition constituaient le principal intérêt de cette observation.

Les abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire. (En collaboration avec M. le professeur Tixier). *Lyon Chirurgical*, janvier 1910 (N° 70).

Une série de faits cliniques nous a permis d'établir que certains abcès froids de la paroi thoracique viennent les uns des articulations sterno-costales, les autres de l'articulation de la côte avec son cartilage; quelques-uns ont pour point de départ l'articulation costo-vertébrale.

Cette pathogénie nous a conduit à préconiser, en cas d'échec du traitement non sanglant, la résection de ces petites articulations au lieu de la simple incision et du curettage de la poche.

L'actinomycose de la cage thoracique nous a suscité les recherches suivantes:

De l'actinomycose du cœur et du péricarde. *Bulletin Médical*, 30 mai 1903 (N° 71).

Autour. *De l'actinomycose du cœur et du péricarde.* Thèse de Lyon, 1902-1903.

Consécutive à une actinomycose du poumon, de l'œsophage, de la cage thoracique, la localisation cardiaque représente la phase ultime de la maladie. Elle produit une sympyhse du péricarde, ou bien, au contraire, une péricardite séreuse ou suppurée.

Le myocarde devient le siège d'abcès multiples, pouvant atteindre le volume d'une prune. L'endocarde est verruqueux ou végétant.

De là, des signes de péricardite, quelquefois des souffles. Ce qu'il y a surtout de très particulier, c'est la conservation du rythme cardiaque et de la force du myocarde, si bien que des lésions très étendues peuvent, pendant la vie, ne pas même être soupçonnées.

Nous terminons cet article par un résumé de 15 observations.

L'actinomycose du poumon et ses manifestations primordiales. *Archives Générales de Médecine*, 1903 (N° 72).

Une observation recueillie avec M. Poncet, un cas encore en évolution ont appelé notre attention sur cette forme de l'actinomycose, déjà bien étudiée dans la thèse de Naussac, et dont nous avons, en cinq ans, réuni 71 cas.

Nous avons insisté surtout sur ses formes du début, en raison des difficultés qu'il y a à les reconnaître. Ordinairement limitée, localisée à la base, l'actinomycose peut simuler n'importe quelle affection de l'appareil pleuro-pulmonaire. L'examen des crachats est le seul moyen de diagnostic que nous ayons réellement. C'est dire qu'il faut rechercher le parasite, aussi bien que le bacille de Koch, toutes les fois que l'on pourra (et cela se fait généralement par élimination) supposer son existence.

Tuberculose inflammatoire du cœur et du péricarde. *Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1905. (N° 73).

Aux faits apportés par Chamhelland, Verdeau, Moynet, dans leurs thèses, nous avons ajouté quelques observations recueillies auprès de M. Poncet. Corroborées par les recherches expérimentales de Bernard et Salomon *(Revue de Médecine*, 1905), la thèse de Braillon, elles montrent que le bacille de Koch, soit par lui-même, soit par ses toxines, peut ici, comme partout ailleurs, provoquer des lésions inflammatoires à caractères banaux. De tels faits d'ailleurs sont, à l'heure actuelle, de notion courante et admis par tous.

De l'évolution spontanée et du traitement des plaies de poitrine par projectiles de guerre (En collaboration avec le docteur Dumarest)· *Lyon Chirurgical*, 1915 (N° 74).

Les plaies de poitrine sont de nature très diverses. Les unes sont de simples sétons, sans pénétration d'air dans les plèvres, sans symptômes alarmants, qui, d'ordinaire, guérissent rapidement.

Les plaies de poitrine avec corps étranger inclus s'accompagnent, le plus souvent, de gangrène ou d'hépatisation pulmonaire et sont d'un pronostic grave.

Les plaies avec pneumothorax partiel ou total, sont d'un bon pronostic, lorsque le pneumothorax est produit par la filtration de l'air qui a traversé le poumon, et qu'il est fermé du côté de la paroi thoracique.

Lorsqu'il y a à la fois rétention de corps étranger et infection de la cavité pleurale, le pronostic est beaucoup plus grave, en raison des abcès pulmonaires et des pleurésies suppurées qui ne manqueront pas de se produire.

Enfin, le pneumothorax total d'origine externe, avec large plaie béante, expose le malade à une infection fatale et représente la forme la plus grave des plaies de poitrine.

Il nous a semblé, de l'ensemble des faits que nous avons observés, que la gravité de ces blessures résulte de l'existence d'un pneumothorax et de son infection. Dans ces conditions, il y a intérêt à fermer la plaie de poitrine, même s'il y a un projectile inclus; on calmera, de la sorte, la dyspnée et on aura

des chances de limiter les accidents infectieux locaux, sur lesquels il sera toujours possible de réintervenir ultérieurement.

La suture des plaies de poitrine dans les cas de traumatopnée. *Réunion médicale de la 5e armée* (9 juin 1916) (N° 75). (En collaboration avec le docteur Tuffier). *Société de Chirurgie de Paris*, 29 novembre 1916 (N° 76).

Les plaies de poitrine par éclat d'obus s'accompagnent d'orifices de pénétration assez larges pour qu'ils restent béants, et la traumatopnée est fréquente. Elle aggrave l'évolution de ces plaies en créant immédiatement une dyspnée intense et en favorisant leur infection ultérieure. Pour ces deux raisons, il serait intéressant de transformer ces plaies en plaies fermées, c'est-à-dire de les suturer. Nos premières recherches ont été faites avec le docteur Dumarest et actuellement, nous possédons 109 cas de suture de plaie de poitrine, avec 75 blessés évacués du douzième au quinzième jour ; 27 décédés et 7 cas encore en traitement. Nous avons observé 8 cas de pleurésies suppurées, soit primitives, soit consécutives à un abcès du poumon autour d'un projectile inclus, avec 3 morts, 3 évacuations et 2 malades encore en traitement.

Les bénéfices de la suture nous ont paru très marqués, et nous n'hésitons plus à la pratiquer toutes les fois que la plaie de poitrine s'accompagne de traumatopnée.

Certaines localisations ostéo-articulaires du rachis ont retenu longtemps notre attention et, en premier lieu, la spondylose rhizomélique :

Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Médecine Moderne*, 19 août 1903 (N° 77).

Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Société de Médecine*, 1er février 1904 (N° 78).

Trois observations de spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse. *Médecine Moderne*, 1904 (N° 79).

Rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo-rhizomélique. *Revue d'Orthopédie*, janvier 1906 (N° 80).

Ces divers travaux, se basant sur 4 observations, ont pour but d'établir que, si tout microbe, tout poison d'origine bactérienne, toute intoxication, peuvent déterminer la spondylose rhizomélique, il serait tout aussi injuste d'exclure le bacille de Koch et ses toxines que de déclarer qu'il est le seul susceptible de provoquer une pareille affection.

PAROIS DE L'ABDOMEN - TUBE DIGESTIF - PÉRITOINE

Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel (En collaboration avec le D. GABOURD). *Revue de Chirurgie*, avril 1907 (N° 81).

Nous avons eu l'occasion d'opérer deux cas de hernies spontanées qui siégeaient le long du repli semi-lunaire de Spiegel. L'une s'accompagnait d'accidents d'étranglement qui nécessitaient une intervention d'urgence, l'autre existait chez une femme atteinte de hernie crurale étranglée.

Ces hernies apparaissent en un point situé à l'intersection du repli semi-lunaire de Spiegel et d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. Il existe fréquemment en cet endroit, ainsi que nous l'ont montré des recherches cadavériques, un orifice par lequel s'échappe une branche de l'épigastrique. Cet orifice se distend et permet le passage de la hernie. Par ses dispositions anatomo-pathologiques, par son allure clinique, cette hernie est absolument superposable à la hernie ombilicale. Son diagnostic est souvent très difficile à faire, car les malades atteints sont ordinairement des femmes très grasses, et, pour un esprit non prévenu, l'affection peut passer inaperçue, être confondue par exemple avec une obstruction intestinale banale en cas d'étranglement : si la hernie est volumineuse, le diagnostic porté risquera d'être celui de hernie ombilicale ordinaire.

Le traitement présente les mêmes indications opératoires que celui de la hernie ombilicale, et aussi les mêmes difficultés.

Telles sont les conclusions qui nous ont paru découler, non seulement de nos deux faits personnels, mais aussi des observations antérieures (D. Mollière, Terrier, etc.).



FIG. 16. — Hernie de Spiegel et hernie lombaire.

De quelques accidents pulmonaires après la pylorectomie (En collaboration avec M. le professeur BÉRARD). *Province Médicale*, 20 octobre 1906 (N° 82).

On a accusé successivement jusqu'à ce jour, comme agents déterminant les infections pulmonaires chez les pylorectomisés, les réflexes consécutifs à des plaies du pneumogastrique, les anesthésiques, la pénétration dans les bronches de matières vomies.

Guinard, dans sa thèse, incriminait déjà l'infection vasculaire, partie d'un petit foyer de péritonite développée autour des sutures. Nous avons observé un cas qui amènerait à penser que parfois les microbes sont puisés directement dans l'estomac par les vaisseaux de la tranche de section, et qu'il y a par suite un intérêt majeur à débarrasser l'estomac, non seulement des produits septiques qui peuvent y séjourner avant l'opération, mais surtout du sang qui s'y accumule après l'intervention et s'y mélange à des débris néoplasiques effrités pendant l'acte opératoire. Chez notre opéré, cette rétention s'accompagna, dès le lendemain de l'intervention, d'une température de 40° que fit tomber le lavage d'estomac; des accidents pulmonaires bénins, d'une durée de cinq jours seulement, suivirent, et nous avons la conviction que leur bénignité est due au lavage stomacal.

C'est là une indication nouvelle de cette manœuvre dont Poppert, Brunnig, Terrier ont montré par ailleurs les bons effets.

Des déchirures spontanées du mésentère au cours des hernies étranglées (En collaboration avec M. le professeur Patel). *Archives provinciales de Chirurgie*, juin 1901 (N° 83).

A propos d'un cas observé dans le service du professeur Poncet, nous avons réuni quelques observations de section ou de gangrène du mésentère, dans des hernies étranglées. Ces lésions s'observent plus volontiers chez des femmes dont le mésentère est très infiltré de graisse. Des séances prolongées de taxis contribuent à faire apparaître de tels accidents.

Contusion de l'abdomen; perforation de l'intestin; entérectomie au 4e jour. Guérison. *Société des Sciences Médicales*, 19 décembre 1909 (N° 84).

Cette observation est celle d'un malade chez lequel nous avons dû intervenir d'urgence, et dont la perforation intestinale avait déterminé un de ces vastes abcès qui simulent la péritonite généralisée.

Infarctus hémorragique de l'intestin grêle. Entérectomie. Mort au bout de quarante-huit heures *Société de Chirurgie*, 10 avril 1911 (N° 85).

Une femme de 61 ans, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse pour des phénomènes d'occlusion intestinale, fut opérée d'urgence par nous, vingt-neuf heures après le début des accidents. La laparatomie montre que, sur une longueur de 40 centimètres, l'intestin grêle était violacé, aminci, et par places en imminence de perforation. La même lésion ecchymotique s'étendait au triangle mésentérique sous-jacent. L'anse intestinale et le triangle mésentérique furent réséqués. La malade fut emportée, deux jours après, par une double congestion pulmonaire.

Cet infarctus paraît avoir eu pour point de départ, non pas une embolie d'origine cardiaque, mais une endartérite locale. Cliniquement, il ne s'était accompagné ni d'entérorragie ni de diarrhée.

Thrombose de l'artère mésentérique supérieure, simulant une tumeur abdominale (En collaboration avec le docteur Rey). *Archives provinciales de Chirurgie*, 1911 (N° 86).

Cette étude des formes cliniques de l'infarctus hémorragique de l'intestin a pour point de départ une observation recueillie à la clinique du professeur Rochet. Un vieux prostatique, de 67 ans, atteint d'orchite et d'abcès du périnée, fut pris brusquement d'une douleur violente dans le flanc droit et présenta dans cette région une masse du volume de deux poings. Pas de vomissements ou de nausées ; pas de météorisme ; il succomba en moins de quarante-huit heures, et l'autopsie montra un infarctus de l'artère mésentérique arrêtant la circulation de l'intestin grêle sur une longueur de 50 centimètres.

Nous avions rencontré cette forme de tumeur dans l'observation n° 85 ; elle est bien différente des formes diarrhéiques ou occlusives que l'on a l'habitude d'observer, et elle a été signalée déjà par quelques auteurs.

Polypose sarcomateuse secondaire du tube digestif (En collaboration avec le docteur Bouget). *Progrès Médical*, 1919 (N° 87).

Un malade de 58 ans fut opéré par nous d'urgence pour un syndrome occlusif datant de sept jours, sans météorisme. La laparotomie montra, à 50 centimètres du duodénum, une invagination du grêle déterminée par une tumeur intestinale du volume d'une grosse noix. L'intestin fut réséqué sur une longueur de 40 centimètres. Il présentait deux tumeurs du volume d'une noix et trois autres plus petites. Le malade étant mort quarante-huit heures après l'intervention, l'autopsie montra sur l'intestin grêle de nombreuses petites tumeurs, du volume d'une tête d'épingle ou d'un noyau de cerise. Il y en avait une sur le cæcum. Il existait en outre une grosse tumeur du médiastin, et trois autres plus petites. Le foie renfermait trois noyaux blanchâtres. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome du médiastin généralisé au foie et à l'intestin.

Volvulus gangrené du cæcum. (En collaboration avec le docteur Langeron). *Société des Sciences Médicales*, 11 février 1914 (N° 88).

Il s'agissait d'un homme de 40 ans atteint, depuis 5 jours, d'accidents d'occlusion intestinale, avec distension de l'abdomen sans ondes péristaltiques, la voussure étant plus accentuée au-dessus de l'ombilic et dans l'hypochondre gauche. La laparotomie fit constater, outre des lésions diffuses de péritonite, un volvulus du cæcum qui est tordu de deux tours de spire. En raison de l'état grave du malade, le cæcum est détordu, extériorisé et ouvert à l'extérieur.

Le but de cette présentation est d'appeler l'attention sur les particularités suivantes: au point de vue anatomique, le cæcum était complètement flottant. Au point de vue anatomo-pathologique, il existait des adhérences appendiculaires anciennes qui ont facilité le volvulus. Au point de vue thérapeutique, l'état général du sujet ne permettait pas de faire la résection du cæcum ; un anus artificiel sur une anse grêle risquait de laisser se compléter des perforations cæcales imminentes, et c'est pourquoi il fut fait un anus cæcal, avec extériorisation de l'anse malade, comme premier temps d'une résection ultérieure.

Volvulus de l'S iliaque chez un vieillard (En collaboration avec le docteur Delore). *Gazette hebdomadaire*, 24 décembre 1899 (N° 89).

Nous avons opéré ensemble un malade de quatre-vingt-deux ans, entré pour des accidents d'occlusion intestinale. En raison du tympanisme sous-ombilical localisé, on pouvait penser à une rupture de l'estomac avec abcès gazeux localisé, ou à une occlusion intestinale par torsion du côlon transverse. L'intervention établit qu'il s'agissait d'un volvulus du côlon pelvien, et l'autopsie, que nous pûmes pratiquer deux jours après, nous montra la lésion qui s'était partiellement reproduite.

Nous avons, à ce sujet, appelé à nouveau l'attention sur l'importance que présente, en pareil cas, le signe de von Wahl, c'est-à-dire le météorisme nettement localisé.

De l'actinomycose ano-rectale. *Revue de Chirurgie*, août 1902 (N° 90).

Dans cette revue générale, nous avons voulu montrer que le rectum, comme toutes les portions du tube digestif où les matières stationnent davantage, est un siège de prédilection de l'actinomycose intestinale. Parfois, d'ailleurs, l'infection est d'origine cutanée ou vient des organes génito-urinaires. Le rectum, dont la muqueuse reste intacte, est coulé dans un bloc induré qui remplit toute la cavité pelvienne, ces masses se ramollissent plus tard et donnent une série de petits abcès qui sont le point de départ d'autant de fistules. C'est ainsi que se manifeste, d'ailleurs, l'actinomycose ; le début par des accidents diarrhéiques ou des phénomènes de rétrécissement est plus rare. La lésion s'étend d'une façon progressive et envahit tous les organes pelviens, et la mort est le fait de ces lésions locales, parfois des infections secondaires surajoutées, quelquefois enfin de complications métastatiques. Ces masses indurées, ces trajets fistuleux multiples sont d'un diagnostic facile que confirme l'examen microscopique. Leur pronostic est sombre, puisque, sur 15 cas, nous avons compté 7 morts, 4 résultats inconnus, 4 malades en traitement ou momentanément guéris. Outre le traitement chirurgical, on obtiendra de bons résultats de l'incision simple des abcès. Il ne faut pas vouloir tout enlever ; on est entraîné ainsi à des opérations vastes qui restent, malgré tout, incomplètes et qui donnent souvent un coup de fouet aux lésions. . . . . .

Peu après la publication de ce travail, les hasards de la clinique nous permettaient de vérifier, une fois de plus, le bien fondé de ces conclusions.

Actinomycose fessière d'origine rectale. *Gazette des Hôpitaux*, 19 mars 1903, et *Société de Médecine*, 12 janvier 1903 (Nos 91 et 92).

Cette actinomycose ano-rectale se traduisit surtout par un envahissement de la fesse et du creux ischio-rectal droit. Ce cas paraissait désespéré, en raison de l'étendue considérable des lésions. Le traitement ioduré prolongé et des injections répétées d'iodipine en amenèrent pourtant la guérison.

Corps étranger du rectum. (En collaboration avec le docteur Lacassagne). *Société des Sciences Médicales*, 7 janvier 1914 (N° 93).

Il s'agissait d'une bouteille mesurant 17 centimètres et demi de long et 5 centimètres de diamètre. La bouteille se présentait par son fond. Sa longueur faisait que dans les tentatives d'extraction, le col de la bouteille venait butter dans la concavité du sacrum et empêchait la sortie du corps étranger. On put cependant éviter l'opération sanglante en fléchissant fortement les cuisses contre la paroi abdominale. Cette manœuvre permit de ramener le goulot en arrière et l'extraction se fit, dès lors, sans difficultés.

Appendicite aiguë. — Mort. *Société des Sciences Médicales*, 24 mai 1899 (Nº 94).

Le malade qui fut l'objet de cette communication présentait une appendicite dont le début remontait à trente-cinq jours. L'examen montrait un bon état général et le pus paraissait collecté dans une poche nettement constituée. Malgré l'ancienneté de la lésion, les parois se rompirent spontanément quelques heures après son entrée à l'hôpital, et les symptômes de péritonite diffuse nécessitèrent une intervention d'urgence. L'expectation prolongée n'est donc pas aussi exempte de dangers qu'il pourrait le sembler dans certains cas.

Appendicite post-puerpérale à streptocoques (En collaboration avec le docteur Vignard). *Gazette des Hôpitaux*, 7 février 1901 (Nº 95).

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade entrée dans le service de M. le professeur Poncet pour y subir une appendicectomie à froid, l'appendicite ayant débuté chez cette femme trois semaines après un accouchement qui s'accompagna d'infection puerpérale légère. L'appendice était rempli d'un pus qui ne renfermait pas de coli-bacilles, mais seulement des streptocoques.

Les différents auteurs qui ont étudié les rapports de l'appendicite et de la grossesse ont peu appelé l'attention sur cette infection post-puerpérale possible de l'appendice. La voie suivie par les agents infectieux n'a pas dû être les lymphatiques qui peuvent exister dans le ligament appendiculo-ovarien de Clado, ni des adhérences utéro-appendiculaires, mais probablement la voie sanguine, car l'appendice était complètement libre dans la cavité péritonéale; les mauvaises conditions circulatoires amenées dans cet organe par la grossesse ont dû en faire un point faible de l'organisme sur lequel s'est fixée l'infection.

Traitement de l'appendicite aiguë par l'appendicectomie pratiquée dans les 24 premières heures (En collaboration avec M. le professeur-agrégé Durand). *Lyon Médical*, 21 janvier 1906 (Nº 96).

Ce travail repose sur deux cas opérés par M. Durand à la quinzième heure, et qui présentèrent des suites très simples.

Deux ordres de faits plaident en faveur d'une intervention aussi précoce. Au point de vue anatomopathologique, l'appendicite est, le premier jour, limitée à l'appendice. La perforation n'a pas eu le temps, ou vient seulement de se produire; de plus, avant 24 heures, à la lésion appendiculaire ne se sont pas encore surajoutées des lésions péritonéales.

En second lieu, il est impossible de porter le pronostic d'une appendicite qui commence, et l'abstention expose aux pires accidents.

Les faits, d'ailleurs, montrent que, sur six malades, un meurt et trois doivent être opérés ultérieurement, après avoir encouru les dangers de l'expectation.

Les conclusions du dernier Congrès de Chirurgie allemand sont complètement favorables à cette ligne de conduite. La mortalité, au premier jour de 6 %, atteint 12 % le deuxième jour. Elle est de 13 à 18 % dans les cas d'abcès collectés. Il est vrai qu'elle n'est que de 1 % pour les opérations à froid, mais il faut tenir compte des dangers que le malade a traversés pour arriver jusque-là.

L'appendicectomie sous-séreuse (appendicectomie de Poncet). *Revue de Chirurgie*, février 1907 (N° 97).

L'appendicectomie sous-séreuse fut décrite par le professeur Poncet et exécutée par lui, pour la première fois, le 24 avril 1899. Les travaux de ses élèves Delore, Piolet, Vignard, Poncin, permettent d'en établir, d'une façon précise, le manuel opératoire et les indications.

Ce procédé opératoire repose sur ce fait que, dans un appendice enflammé, il persiste toujours un plan de clivage entre la tunique musculaire et le revêtement séreux. Par suite, lorsqu'au cours d'une intervention, on tombe sur un appendice perdu dans des adhérences, il est inutile de chercher à décoller celles-ci, au risque de blesser les anses intestinales ou les organes voisins. Il suffit de rechercher un point où l'appendice est libre, ou de repérer sa base en suivant les bandelettes longitudinales du cæcum. En ce point, on fait une incision circulaire jusqu'à la musculeuse et on décolle alors la séreuse de la musculeuse successivement sur le bout central et le bout périphérique. L'organe entier sort de cette espèce de gaine comme une épée de son fourreau. Cette intervention ne s'accompagne d'aucune hémorragie.

Ce procédé opératoire est le seul qui permette d'enlever impunément un appendice au cours d'une appendicectomie à chaud. A froid, il atténue dans une proportion considérable les aléas, les dangers possibles de l'ablation de l'appendice. Aussi est-il devenu déjà, pour nombre de chirurgiens, un procédé classique.

Actinomycose appendiculaire. — Actinomycome isolé de la paroi abdominale. *Gazette des Hôpitaux*, 12 avril 1902 (N° 98).

MARATUECH. Th. Lyon, 1903-1904.

Appendicite actinomycosique. *Gazette des Hôpitaux*, 18 novembre 1902 (N° 99).

La malade qui fait l'objet de la première communication avait présenté une série de crises d'appendicite et souffrait chroniquement de cet organe. Elle portait, en outre, dans sa paroi abdominale, à droite de la ligne médiane, vers le bord externe du grand droit, une tumeur qui semblait un fibrome de cette paroi. L'appendicectomie fut suivie, chez elle, de l'ablation de cette tumeur qui renfermait, en son centre, des fongosités riches en mycélium actinomycosique.

Le traitement ioduré prolongé la mit à l'abri de toute récidive. Ces tumeurs de la paroi abdominale,

en apparence indépendantes des organes profonds, sont cependant d'origine intestinale, et plus spécialement appendiculaire. Leur étude a été reprise dans la thèse ci-dessus.

L'infection du processus vermiforme paraît fréquente; la stase des matières dans le cæcum la favorise tout spécialement.

Tantôt le parasite, se comportant ici comme au niveau de la cavité buccale, traverse la paroi appendiculaire sans l'altérer d'une façon bien nette et va coloniser à distance. Tantôt les accidents évoluent autour de l'appendice lui-même. Tel était le cas de la malade qui fit l'objet de notre seconde étude. L'appendice qu'elle présentait fut supposé actinomycosique en raison de la persistance d'un plastron indolore et d'une dureté presque ligneuse. Le liquide intra-appendiculaire ne renfermait pas le parasite, mais celui-ci était très abondant dans les fongosités qui avoisinaient l'appendice.

Nous avons, à cette occasion, réuni huit cas d'appendicite actinomycosique.

Vaste hématome rétro-péritonéal consécutif à une rupture du foie. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 23 février 1902 (N° 100).

La malade que nous avons opérée, 24 heures après un écrasement par roue de voiture, pour des phénomènes de péritonite, ne présentait, à l'opération, qu'une déchirure du bord tranchant du foie. L'autopsie, faite trois jours après, montra une déchirure du bord postérieur de cet organe et un vaste hématome qui s'étendait de là autour du rein pour descendre le long du psoas. Les reins étaient intacts. Les faits de cette nature paraissent rares et nous n'avons pas trouvé d'observation analogue.

Kystes hydatiques du foie chez l'enfant. *Société de Chirurgie*, 20 décembre 1906 (En collaboration avec M. le docteur Vignard), et *Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1907 (En collaboration avec M. le docteur Barlatier) (Nos 101 et 102).

A propos d'un cas que nous avons eu l'occasion d'opérer, et d'un cas nouveau, qui nous fut communiqué par le docteur Vignard, chirurgien des hôpitaux, nous avons recherché les résultats de la marsupialisation et de la décortication chez l'enfant, et nous avons trouvé les résultats suivants:

Marsupialisation, 9 cas, 1 mort.

Décortication, 3 cas, 3 morts.

La marsupialisation, si elle n'est pas une opération idéale, paraissait être alors chez l'enfant l'intervention de choix.

A propos de l'actinomycose du foie (En collaboration avec M. le professeur Bérard). *Revue de Chirurgie*, septembre 1903 (N° 103).

Pancréatite hémorragique. *Société de Chirurgie*, 24 novembre 1910 (N° 104).

Pancréatite hémorragique par infarctus hémorragique du pancréas. (En collaboration avec le docteur Bouget) *Bulletin Médical*, 13 mai 1911 (N° 105).

Du rôle de l'infarctus hémorragique dans la genèse des pancréatites hémorragiques. Jubilé du professeur LÉPINE (N° 106).

Une femme de 45 ans fut opérée par nous, le 15 septembre 1910, pour des accidents aigus ayant l'allure d'une péritonite par perforation, avec douleur exquise au niveau de l'hypochondre droit, non loin de la ligne médiane, et résistance de la paroi à ce niveau. La laparotomie montra une pancréatite hémorragique avec foyer de nécrose et hématome vers la tête du pancréas. Malgré l'incision et le drainage du foyer, la malade succomba trois jours après l'intervention. L'autopsie révéla un infarctus pancréatique, formant une sorte de cône dont la base répondait à la face antérieure de la tête du pancréas.

A part cette lésion très nettement délimitée, le reste du pancréas était à peu près sain ; il n'existait qu'un peu d'hypertrophie de la glande. Cette délimitation permet d'en mieux discuter l'origine. La théorie de l'auto-digestion des éléments cellulaires par le suc pancréatique, celle d'une artérite ou d'une thrombophlébite, celle d'un processus inflammatoire intense engendrant à la fois la nécrose et l'hémorragie ne satisfont pas complètement l'esprit dans notre cas. La distribution des lésions montre qu'il s'agit d'un infarctus hémorragique, comme on peut en observer sur n'importe quel viscère ; les éléments, frappés de mort, sont ensuite digérés par le suc pancréatique. L'obstruction des vaisseaux peut se faire par embolie ou par thrombose. Cette théorie vient à l'appui des constatations faites vers 1892 par le professeur Raphaël Lépine qui avait déjà vu l'importance de l'ischémie de l'organe et la brusquerie des réactions de l'organisme.

Plaie de la rate par coup de couteau. Suture. Guérison. *Congrès de Chirurgie*, 1909 (N° 107).

Le traitement chirurgical des plaies de la rate. Etude comparée des diverses méthodes. *Province Médicale*, 4 juin 1910 (N° 108).

Un nouveau cas de plaie de la rate traitée par la suture de cet organe (En collaboration avec le docteur CHARLET). *Progrès Médical*, 1912 (N° 109).

Le point de départ de nos recherches sur la chirurgie de la rate est l'observation d'un malade que nous avons eu l'occasion d'opérer à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il s'agissait d'un jeune homme qui présentait, outre des contusions multiples, une plaie par coup de couteau du 9e espace intercostal gauche, vers la ligne axillaire postérieure. Le couteau, perforant le diaphragme, avait intéressé la rate et déterminé une hémorragie très abondante. La laparotomie avec débridement transversal nous permit de suturer cette plaie. La perforation du diaphragme n'était pas abordable par l'abdomen, et l'état grave du malade empêchait de faire une thoracotomie pour l'oblitérer. Le malade guérit assez rapidement.

Nous avons, à ce propos, rassemblé 81 observations de plaies de la rate et, de leur comparaison, dégagé les conclusions suivantes :

Les plaies de la rate avec orifice de pénétration abdominal sont justiciables d'une laparotomie médiane ou latérale, avec ou sans débridement transversal. La splénorraphie paraît l'opération de choix dans les plaies par armes blanches. Les coups de feu nécessitent la splénectomie, et souvent des opérations complexes, en raison des lésions viscérales concomitantes. Les plaies du diaphragme seront suturées par la voie transpéritonéale ou par la voie transthoracique.

Les blessures de la rate, avec orifice de pénétration thoracique, sont plus volontiers dues à une arme blanche. Les lésions étant d'ordinaire limitées au segment supérieur de la rate ou de l'estomac, la laparotomie transpleurale est leur meilleure voie d'abord, et la splénorraphie est le plus ordinairement pratiquée. La splénectomie, après laparotomie abdominale, est plus spécialement indiquée dans les coups de feu; parfois, une intervention par voie thoracique sera faite en même temps, soit pour suturer le diaphragme, soit pour agir, à travers lui, sur les viscères contenus dans la coupole diaphragmatique.

En 1912, une observation vint à l'appui des conclusions du travail que nous avions publié en 1910 dans la *Province Médicale*. Il s'agissait d'une plaie par balle de revolver d'ordonnance, ayant déterminé: une perforation de la rate à l'union de son tiers moyen et de son tiers inférieur; une perforation du lobe gauche du foie; une double perforation de l'estomac. Une autre balle avait perforé le poumon. La plaie de la rate put être suturée facilement. Le malade succomba, un mois après, par suppuration sous-phrénique. Ce nouveau cas, joint à ceux publiés par Boulagnon, Auvray et Guibé, etc., montre que la splénorraphie est possible en cas de plaie limitée de la rate.

Résultat éloigné de la laparotomie pratiquée, il y a onze ans et demi, pour une péritonite tuberculeuse. *Société des Sciences Médicales*, 28 juin 1903 (Nº 110).

La valeur de la laparotomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse ne saurait être mieux établie que par le fait suivant. Le malade qui fait l'objet de cette présentation, et dont l'observation figure dans la thèse de Beaussenat (1892), fut opéré *in extremis*, sans anesthésie. C'est, à l'heure actuelle, un solide cultivateur, dont rien, dans l'habitus extérieur, ne fait penser à une atteinte antérieure de bacillose.

APPAREIL URINAIRE

REIN

Plaie de l'artère et de la veine rénales par balle de revolver. *Société des Sciences Médicales*, 28 décembre 1906 (N° 111).

Plaies et ruptures du pédicule vasculaire du rein. *Gazette des Hôpitaux*, 17 janvier 1907 (N° 112).

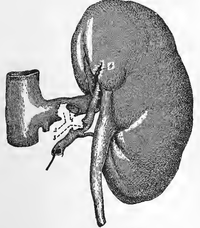


Fig. 17. — Plaie de l'artère et de la veine rénales par balle de revolver.

Le dessin ci-joint montre mieux que ne le ferait n'importe quelle description, l'hémisection de l'artère et de la veine rénales par balle de revolver, chez une jeune femme, pour laquelle nous avons dû intervenir d'urgence. Blessée à huit heures du matin, elle fut opérée à deux heures du soir, *in extremis*, et

mourut dès le début de l'intervention. Elle présentait, outre sa lésion rénale, une perforation du foie près du bord libre.

Nous n'avons pas retrouvé d'observations analogues, mais simplement deux cas de rupture complète du pédicule vasculaire du rein (Baron, Morestin).

Les six heures qui se sont écoulées entre l'accident et la mort de la malade montrent, malgré la gravité de la blessure, la possibilité d'une intervention chirurgicale qui, en pareil cas, ne peut être qu'une néphrectomie.

Note sur trente cas de plaies récentes du rein par projectiles de guerre. *Société médico-militaire de la* 14e *région*, 11 mai 1918 (No 113).

Les plaies du rein sont des plaies du pédicule vasculaire, du bassinet ou du rein lui-même. Aucune plaie du pédicule ne figure dans notre statistique ; il faut des conditions exceptionnelles pour qu'on puisse les observer avant que l'hémorragie n'ait amené la mort du sujet.

Les plaies du bassinet nécessitent le drainage de cette région, avec essai de conservation du rein.

Les plaies du rein lui-même sont des éclatements ou des plaies limitées. Pour les éclatements, nous avons fait 8 néphrectomies avec 1 guérison, et un tamponnement suivi de mort, 21 plaies limitées ont été traitées: 4 fois par tamponnement avec 1 mort; 7 fois par l'abstention avec 7 guérisons; 10 fois par l'incision simple et le drainage, avec 2 morts. La mortalité, au cours de ces diverses opérations, ne peut être un argument pour ou contre les diverses méthodes de traitement; ce sont, en effet, des morts par anémie aiguë ou par complications viscérales à la suite de perforations, parfois multiples, des viscères abdominaux.

L'ablation rapide du projectile s'impose pour les éclats d'obus ou de grenade. Les balles sont bien tolérées et peuvent n'être enlevées qu'après évacuation du blessé sur l'arrière.

Tolérance du rein vis-à-vis des projectiles. *Société médico-militaire de la* 14e *région*, 22 juin 1918 (No 114).

C'est l'histoire d'une plaie latente du rein par éclat d'obus, avec projectile intra-rénal. Le projectile fut enlevé plus de dix jours après la blessure, sous le contrôle de l'écran, et la plaie se cicatrisa en trois semaines.

Quelques observations de suites éloignées des plaies du rein. *Société médico-militaire de la* 14e *Région*, 8 février 1919 (No 115).

Nous avons pu suivre 6 lésions anciennes du rein. 3 plaies par balles se sont guéries sans laisser d'altération de cet organe.

2 plaies, l'une par éclat de grenade, l'autre par éclat d'obus se sont terminées de la même façon. Dans un sixième cas (plaie par éclat d'obus), il persista de la pyurie, avec douleurs lombaires, mauvais état

général et nous dûmes enlever ce rein dont la portion moyenne était transformée en un tissu lardacé alors que la cavité du bassinet était occupée par un calcul entouré d'un peu de pus d'une odeur infecte.

Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant. *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires* janvier 1913 (N° 116).

Le phlegmon périnéphrétique est assez rare chez l'enfant pour qu'Hallé ait pu écrire que les enfants en étaient exempts. Cette opinion est trop absolue et Melou, dans sa thèse, en a réuni 12 cas. Sa rareté tient : 1° à une disposition anatomique particulière ; 2° à la rareté des infections rénales et périrénales à cet âge. La péri-néphrite est parfois consécutive à un traumatisme ou à une infection du rein. Quelques-unes sont d'origine intestinale ou appendiculaire. Parfois le point de départ échappe ; il en était ainsi chez le petit malade dont nous rapportons l'observation.

Phlegmon périnéphrétique ligneux, de diagnostic clinique et causal difficile. *Lyon Chirurgical,* juillet 1913 (N° 117).

Observé chez une femme de 24 ans, porteur d'un rein gros et douloureux, avec menace d'urémie, le phlegmon en question contenait un verre de pus, étalé en arrière du rein dans une gangue de consistance presque cartilagineuse. Le point de départ en est sans doute un petit abcès latent consécutif à une pyélo-néphrite gravidique. Ce phlegmon s'accompagnait d'une véritable inhibition du rein malade (pas d'urine au cathétérisme urétéral de ce côté), qui retentissait aussi sur le fonctionnement de l'autre rein ; dans l'ensemble, oligurie et menace d'urémie. Après l'intervention, les urines devinrent abondantes, et d'une bonne teneur en urée et chlorures.

Enervation du rein pour néphralgie rebelle. *Congrès français d'Urologie,* 1922 (N° 118).

Enervation du rein. (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Congrès international d'Urologie,* 1924 (N° 119).

Les recherches anatomiques montrent qu'il est possible d'énerver le rein. Il suffit, après l'avoir libéré, de découvrir son pédicule, de rechercher au voisinage des vaisseaux et surtout de l'artère les filets nerveux qui forment des filaments blanchâtres, ténus, et de les rompre à la sonde cannelée.

Nous avons pratiqué cette opération en 1922 chez une femme atteinte de rein mobile, avec douleurs de plus en plus violentes, avec paroxysmes atroces. La radiographie, l'examen des urines séparées permettaient d'exclure toute autre lésion, en dehors du rein mobile. Ce rein fut énervé et fixé à la paroi.

La malade cessa de souffrir dès le premier jour. Deux mois après, le résultat se maintenait excellent ; il en était de même deux ans plus tard.

Lithiase bilatérale des reins et des uretères chez une jeune fille de 16 ans. *Société de Chirurgie*, 22 décembre 1921 (N° 120).

Volumineux calculs des deux reins. (En collaboration avec le docteur Dufour). *Archives d'électricité médicale*, mars 1924 (N° 121).

Ces deux cas ont été rapportés en raison de certaines particularités qu'ils présentaient.

Le premier est un bel exemple de lithiase chez l'enfant. La malade, qui avait 16 ans lorsque nous l'avons examinée, avait eu sa première colique néphrétique à l'âge de 8 ans. Or, la lithiase est rare chez l'enfant, et Charvin, dans sa thèse, en 1910, n'en avait recueilli que 53 cas. Cette observation était également intéressante par le nombre des calculs. Il y avait : deux groupes dans le rein droit, trois calculs dans l'uretère lombaire et un dans l'uretère pelvien droits ; un dans le bassinet gauche et huit dans le parenchyme rénal et, dans l'uretère pelvien, un groupe faisant une traînée de plusieurs centimètres de long. Cette malade ne fut pas opérée, moins en raison de la multiplicité des calculs que de la déficience de chacun des reins.

Le deuxième cas était intéressant par le volume des calculs et la tolérance relative du rein à leur égard.

Pyonéphrose calculeuse bilatérale. (En collaboration avec le professeur Rochet et P. Michel). *Société des Sciences Médicales*, 2 mai 1928 (N° 122).

Présentation de pièces d'un malade mort après néphrotomie gauche. Il existait de ce côté une poche énorme, très difficile à extirper sur la table d'autopsie, avec un parenchyme rénal à peu près complètement détruit. A droite, le parenchyme rénal était encore suffisant, ce qui prouve, une fois de plus, la gravité des interventions en pareil cas, et la nécessité de recourir à des opérations conservatrices.

L'expulsion provoquée des calculs du bassinet et de l'uretère. *Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires*, avril 1922 (N° 123).

Deux cas de cathétérisme urétéral dans l'anurie calculeuse. *Progrès Médical*, 20 mars 1920 (N° 124).

Expulsion provoquée d'un calcul au cours d'une colique néphrétique prolongée. *Société de Chirurgie*, 21 décembre 1922 (N° 125).

L'expulsion provoquée des calculs a été tentée, soit au cours de l'anurie calculeuse, soit en dehors de celle-ci. On a eu recours parfois au simple cathétérisme de l'uretère, dans l'espoir de décrocher un calcul arrêté par des aspérités. On peut aussi, et celà nous paraît préférable, lorsque la sonde vient butter contre le calcul, injecter au contact de ce dernier une solution anesthésiante (de la novocaïne par exemple) pour faire cesser le spasme, puis une certaine quantité d'huile pour entraîner le calcul. A ce propos, nous avons rapporté, dans le *Progrès Médical*, deux tentatives d'expulsion de calculs au cours d'une anurie calculeuse, par le simple cathétérisme.

Un cas d'expulsion de calcul du bassinet, au cours d'une colique néphrétique prolongée, par l'injection de novocaïne et d'huile, fut le point de départ de notre travail des *Archives des maladies des reins*, travail qui réunit 23 observations.

Nous avons enfin présenté, à la *Société de Chirurgie* de 1922, un nouveau cas d'expulsion d'un calcul, quelques heures après les injections d'huile et de novocaïne.

Cette méthode paraît jouir d'une très grande vogue en Amérique. Les cas ci-dessus montrent tout le bénéfice qu'on peut en retirer, lorsqu'on est en présence d'un calcul de petit volume, susceptible de cheminer dans l'uretère.

Lithiase rénale de nature exceptionnelle. *Congrès français d'Urologie*, 1922 (N° 126).

Une jeune fille atteinte de coliques néphrétiques, sans calculs visibles à la radiographie, fut néphrotomisée par nous et l'opération permit de retirer du rein une centaine de petits calculs grisâtres, très mous, qui se réduisaient, par la dessication, en de toutes petites masses noirâtres, très dures. Leur analyse chimique permet de penser à des calculs d'urostéalithe; ils furent décrits autrefois par Neubauer, et Pousson, en 1914, en avait recueilli 7 observations.

Anurie calculeuse datant de huit jours. Néphrotomie. Guérison. *Société de Chirurgie*, 14 novembre 1907 (N° 127).

La malade, que nous avons eu l'occasion d'opérer d'urgence, était une jeune femme qui souffrait de temps en temps du côté droit, et chez laquelle on avait pensé à des coliques hépatiques. Brusquement, elle fut prise d'accidents aigus, de température, de vomissements, et une tumeur dure, tendue, se portant en avant au-dessous du foie, en avait imposé pour une cholécystite. Huit jours après, elle fut envoyée à l'Hôtel-Dieu. La constatation d'une anurie absolue fit penser immédiatement à des accidents calculeux, et la néphrotomie montra l'existence d'un calcul du volume d'une grosse noisette. Les suites opératoires furent des plus simples, malgré la date tardive à laquelle l'opération avait été pratiquée.

La tuberculose rénale chez l'enfant. (En collaboration avec le docteur VIGNARD). *Journal d'Urologie*. Mars 1912 (N° 128).

Cette revue générale a pour point de départ deux observations provenant du service du docteur Vignard: l'une concernant un enfant de 5 ans atteint de phénomène de cystite; l'autre, un enfant de 14 ans, atteint de cystite avec hématurie et qui fut guéri par une néphrectomie lombaire. A cette occasion, les auteurs ont étudié successivement:

1° *Les tuberculoses médicales*. Beaucoup plus nombreuses que les formes chirurgicales elles s'observent au cours d'une bacillose plus ou moins généralisée, sont ordinairement bilatérales, et se traduisent, soit par des tuberculoses miliaires, soit par des néphrites tuberculeuses.

2° *Les tuberculoses chirurgicales* dont ils ont rassemblé 47 observations. Rares avant 2 ans et demi,

elles sont plus fréquentes de 11 à 16 ans. Les manifestations cliniques rappellent celles de la tuberculose de l'adulte, mais les auteurs mettent en vedette les cas dans lesquels les symptômes débutent par de l'incontinence nocturne d'urine, précédant parfois de plusieurs années tout autre symptôme.

Le diagnostic peut être rendu très difficile par la difficulté ou l'impossibilité de la cystoscopie et du cathétérisme des uretères.

Le traitement de choix, comme chez l'adulte, est la néphrectomie primitive qui, d'après leur statistique, aurait donné 1 mort et 12 guérisons.

3° *Les abcès périnéphrétiques au cours de la tuberculose rénale.* Ils en ont réuni 8 observations. Ces abcès évoluent comme chez l'adulte. Parfois, les troubles urinaires sont si peu accentués que l'on est tenté de croire à des abcès d'origine osseuse. Leur présence assombrit le pronostic de la tuberculose rénale, et l'intervention a donné une mortalité de 2 sur 8 opérés.

Tuberculose du rein chez un malade atteint de malformation de l'uretère. *Société de Chirurgie*, 24 juin 1920 (N° 129).

Il s'agit d'un malade atteint de tuberculose rénale et chez lequel on trouva à la néphrectomie: l'absence de bassinet et la division immédiate de l'uretère en deux grands calices peu dilatés; une dilatation de l'uretère du volume de l'index, avec un rétrécissement très serré à 2 centimètres et demi du méat urétéral, rétrécissement arrêtant les sondes. Il paraît s'agir d'un rétrécissement congénital et non tuberculeux, l'uretère ayant ainsi une malformation à chacune de ses extrémités.

Un cas de rein en fer à cheval tuberculeux. *Société de Chirurgie*, 8 janvier 1914 (N° 130).

La pathologie du rein en fer à cheval intéresse les chirurgiens puisque, d'après Botez, il y aurait, sur 143 reins que l'on opère, un rein atteint de cette anomalie. Dans le cas présent, il s'agissait d'un homme de 46 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, avec tuberculose de la prostate et des deux épididymes. L'autopsie montra de nombreuses granulations miliaires dans la paroi vésicale, et de nombreuses granulations dans les deux reins, dans l'épaisseur de la substance médullaire et non dans la couche corticale, ainsi que cela est fréquent dans la granulie.

Cette bilatéralité de la tuberculose est rare dans le rein en fer à cheval. D'ordinaire la lésion est unilatérale, et permet la section de l'isthme et l'ablation du côté atteint.

Un cas de bifidité de l'uretère. Tuberculose limitée à l'un des segments du rein. *Société italienne d'Urologie*, avril 1924 (N° 131), et *Archivio italiano di Urologia*, vol. II.

Cinq cas de dédoublement ou de bifidité de l'uretère (En collaboration avec le professeur Rochet). *Société française d'Urologie*, mai 1927 (N° 132).

La malade qui fit l'objet du premier travail avait un double uretère. Le cathétérisme urétéral du côté malade (côté droit) avait donné une urine moins trouble que l'urine totale, avec quelques coliba-

cilles sans bacilles de Koch, ce qui fit porter le diagnostic de rein mobile avec pyélonéphrite et décider une néphropexie. L'intervention montra un rein très adhérent, avec un gros abcès d'aspect tuberculeux, ce qui fut confirmé par l'inoculation. Le rein qui avait été néphrotomisé fut enlevé ultérieurement et, au cours de l'opération, on constata l'existence de deux uretères se rejoignant à la hauteur des vaisseaux iliaques. Ils aboutissaient à deux territoires rénaux bien individualisés, ayant chacun leur pédicule vasculaire, l'un seul de ces territoires était tuberculeux, d'où l'erreur de diagnostic. Cette observation peut faire suite à la précédente pour montrer, en cas d'anomalie du rein, l'indépendance pathologique des divers territoires.

Le second mémoire porte à 5 nos cas de malformation de l'uretère : 2 cas d'uretère double ; 3 d'uretère bifide. On sait que dans l'uretère double, la malformation est totale et les deux uretères débouchent séparément dans la vessie ; dans l'uretère bifide, les deux uretères se rejoignent plus ou moins tardivement, quelquefois presque à la terminaison de l'uretère dans la vessie. Cette dernière malformation est un peu plus fréquente que la première, qui se diagnostique très facilement à la cystoscopie.

Chacun de ces uretères aboutit à un hémi-rein nettement individualisé de son congénère, tant au point de vue physiologique (intensité du débit, valeur fonctionnelle, rythme de l'éjaculation, etc.), qu'au point de vue clinique.

Les cinq cas que nous en rapportons concernent quatre cas de pyélonéphrite banale et un cas de tuberculose.

La délimitation entre les deux reins est parfois si nette qu'il est possible de faire simplement l'ablation du segment malade, c'est-à-dire une néphrectomie partielle.

Le traitement médical de la tuberculose rénale. *Tuberculosa*, 10 juin 1914 (N° 133).

Ce travail est une revue générale sur la question. Après un rappel rapide des moyens de traitement général, local, spécifique, il envisage la question de la guérison médicale possible de la tuberculose rénale, possible peut-être pour des granulations, impossible pour des cavernes, et il conclut à la nécessité d'associer le traitement médical au traitement chirurgical.

Tuberculose rénale bilatérale et néphrectomie. *Lyon Chirurgical*, mai 1912 (En collaboration avec M. le professeur Rochet) (N° 134).

Résultats éloignés de la néphrectomie dans les tuberculoses rénales bilatérales. *Congrès d'Urologie*, 1925 (N° 135).

Le premier de ces travaux est basé sur 14 cas, et le second sur 19 ; tous deux étudient la valeur de la néphrectomie dans la tuberculose bilatérale, question qui commence à se préciser à partir de 1908.

L'intervention a donné comme résultats un peu éloignés, 7 morts (par tuberculose rénale ou pulmonaire), 4 guérisons apparentes et 8 améliorations. Elle est indiquée dans les cas où un rein est très malade et l'autre très peu. Aucun sujet dont les deux reins étaient peu touchés n'a été opéré.

Le premier de ces deux travaux renferme en outre trois observations de malades dont les deux reins étaient très touchés. Deux ont été opérés et sont morts rapidement. Un autre a été traité de façon satisfaisante par des ponctions rénales.

Un cas de tuberculose rénale à grande hémorragie. *Société de Chirurgie*, 8 février 1921 (N° 136).

De même que dans la tuberculose pulmonaire on peut observer, à côté de petites hémoptysies sans gravité, des hémoptysies inquiétantes par leurs abondance ou leur répétition, de même dans la tuberculose rénale on peut voir, à côté d'hématuries légères, de grandes hémorragies. C'était le cas d'une femme de 52 ans, qui avait eu sa première hématurie trente-six ans auparavant, et depuis lors avait eu par intervalles des phénomènes de cystite et quelques hématuries légères. En janvier 1920, hématurie considérable qui dura quatre jours, s'accompagna de phénomènes d'anémie aiguë et faillit nécessiter une néphrectomie d'urgence. Ce symptôme ayant rétrocédé, la malade fut étudiée de plus près; elle fit de la pyonéphrose gauche, et bien que le rein droit fut légèrement touché, le rein gauche fut enlevé. Sur la pièce anatomique, on ne constata pas de lésions vasculaires pouvant expliquer une pareille hémorragie. Des faits de cet ordre ont été observés par Legueu et Papin, Marion, Pasteau, etc. D'une façon générale, on n'a jamais constaté de lésions vasculaires. Aussi Albarran avait-il pensé que ce symptôme était dû à une néphrite concomitante, et que ces cas relevaient des néphrites hématuriques.

Grosses hémorragies au cours d'une tuberculose urinaire avec cirrhose du foie. (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Société française d'Urologie*, janvier 1927 (N° 137).

Hématuries du rein sain au cours d'une tuberculose rénale unilatérale. *Congrès français d'Urologie*, octobre 1927 (N° 138).

L'hématurie de la tuberculose rénale est tout naturellement rapportée au rein malade, et rattachée aux lésions bacillaires dont il est atteint. Exceptionnellement, l'hémorragie peut provenir du rein sain.

A la Société française d'Urologie, en janvier 1927, nous en avons présenté un premier cas. Il s'agissait d'un homme de 41 ans, qui était atteint de douleurs au moment de la miction et d'hématuries de plus en plus abondantes. Malgré une cystostomie sus-pubienne, les hématuries continuèrent et le malade succomba rapidement. L'autopsie montra un rein gauche farci de cavernes et de nodules tuberculeux. L'hémorragie venait du rein droit dont les vaisseaux étaient noirâtres et gorgés de sang; ce rein ne présentait ni lésions tuberculeuses ni lésions de néphrite.

Un second cas fut communiqué au Congrès français d'Urologie; il concernait un homme de 33 ans, atteint antérieurement d'abcès froids, et qui souffrait de douleurs gauches à forme de coliques néphrétiques, accompagnées d'hématuries; les troubles de cystite allant en augmentant, le malade fut endormi et on tenta de le cystoscoper. Une hématurie abondante empêcha tout examen; elle continua et finit par emporter le malade. L'autopsie montra l'intégrité du rein droit, mais le bassinet et les calices étaient gorgés de sang; le rein gauche était atteint de grosses lésions tuberculeuses.

Ces hématuries, indépendantes de toute lésion tuberculeuse, de toute néphrite hématurique, sont

ducs à des congestions rénales. Chez le premier malade, le foie était petit et cirrhotique ; cette influence du foie sur les hématuries a été mise en vedette à diverses reprises, en particulier par MM. Roque et Chalier.

Tuberculose rénale avec cavernes à contenu mastic. *Société des Sciences Médicales*, 22 mars 1922 (Nº 139).

Cette observation concerne un cas de tuberculose du rein gauche, avec diminution de la valeur fonctionnelle de ce rein, qui présentait à l'opération, au niveau de son pôle inférieur, des cavernes à contenu mastic, alors que celles du pôle supérieur renfermait le liquide uro-purulent qu'il est classique de rencontrer.

Certains auteurs ont considéré qu'un pareil contenu était la conséquence de l'oblitération de l'uretère et l'indice d'un arrêt dans l'évolution du processus pathologique. Cette observation montre qu'il n'en est rien et que cet aspect spécial du pus n'a peut-être pas la valeur pronostique qu'on lui a attribuée.

Tuberculose rénale. Néphrectomie. Périnéphrite bacillaire. Généralisation méningée (En collaboration avec M. le docteur Vergnory). *Société des Sciences Médicales*, 22 décembre 1920 (Nº 140).

Cette observation corrobore les conclusions de notre travail précédent. Elle concerne un homme qui avait des antécédents tuberculeux multiples (abcès iliaque gauche à 20 ans, abcès iliaque droit à 21 ans, tuberculose du calcanéum à 27 ans, et qui fit une tuberculose du rein droit, etc.). La néphrectomie montra un uretère gros et épaissi. Une périnéphrite tuberculeuse se produisit presque immédiatement, et le malade mourut de méningite un mois après l'intervention.

Périnéphrite tuberculeuse après néphrectomie pour tuberculose rénale. *Congrès d'Urologie*, 1920 (Nº 141).

La tuberculisation de la loge rénale après néphrectomie pour tuberculose. *Lyon Chirurgical*, avril 1921 (Nº 142).

L'inoculation post-opératoire de la plaie, à la suite de la néphrectomie pour tuberculose rénale, est un fait d'observation fréquente. Souvent la lésion, très limitée, se traduit seulement par une lenteur de cicatrisation du trajet des drains, et la constatation de quelques fongosités blanchâtres. Des cautérisations répétées au thermo-cautère ou au nitrate d'argent finissent par oblitérer le trajet.

Dans d'autres cas, la tuberculisation est étendue. M. Rochet, en 1909, en avait publié 3 cas. Nous avons eu l'occasion d'en recueillir 6 autres auprès de lui.

Ces formes étendues apparaissent, soit dans les premiers jours qui suivent l'opération, soit plus tardivement, quelquefois au bout de vingt jours. La température s'élève, sans douleurs, sans réaction locale apparente ; au niveau des points de suture apparaissent des fongosités blanchâtres, puis la ligne de suture

se désunit plus ou moins complètement. On constate alors que la plaie, dans toute sa profondeur, est remplie de fongosités, de granulations tuberculeuses.

On a incriminé, pour expliquer cette complication, la néphrectomie sous-capsulaire, parce qu'elle laisse une coque infiltrée parfois de tuberculose. On a accusé la pince à demeure laissée sur le pédicule, parce qu'elle peut infecter la région du bassinet. En réalité, il faut surtout incriminer le moignon urétéral. Sa ligature tombe souvent sans que la lumière du conduit soit oblitérée, et les produits tuberculeux qu'il contient infectent la loge rénale. Chez le malade qui fut l'objet de notre publication n°129, un uretère dilaté, très suspect, fut attiré le plus près possible de la peau et fixé dans l'angle inférieur de la plaie; il se fit à son contact un foyer très localisé de tuberculose qu'il fut facile de traiter. En dehors de ce traitement prophylactique, il faut combattre de pareils accidents par le pansement à plat, après réouverture de la plaie, par des cautérisations répétées, etc. A la longue, ces lésions guérissent et la mort ne se produit que dans les cas où apparaissent à distance (méninges, poumons, etc.) des accidents de granulie.

Fistule intestinale tardive après néphrectomie pour tuberculose rénale. *Congrès d'Urologie*, 1921 (N° 143).

Cette complication rare de la néphrectomie fut observée, chez un jeune homme de 22 ans, deux mois et demi après l'ablation du rein gauche.

Il faut distinguer ces fistules tardives, spontanées, dues à un foyer de tuberculisation de la loge rénale ouvert dans l'intestin, des fistules opératoires. Ces fistules coliques sont d'un pronostic bénin, eu égard à celui des fistules duodénales.

Généralisations tuberculeuses après néphrectomie pour tuberculose rénale. *Société de Chirurgie*, 7 juin 1923 (N° 144).

La généralisation tuberculeuse peut s'observer après la néphrectomie, et le plus souvent dans les six premiers mois, bien que l'on ait signalé un certain nombre de généralisations tardives. Les 3 cas personnels concernent des sujets atteints de lésions multiples au moment de l'opération; la généralisation a porté une fois sur le poumon, une fois sur les méninges et une troisième fois sur des organes multiples. Sans être une contre-indication de la néphrectomie, elle en assombrit néanmoins le pronostic.

Des poussées de tuberculose pulmonaire grave qu'on peut observer après néphrectomie pour tuberculose. *Congrès d'Urologie*, 1923 (N° 145).

A propos de 34 cas personnels, et de 115 cas de néphrectomies, nous avons envisagé la fréquence de la tuberculose pulmonaire au cours de la tuberculose rénale.

Sur 89 malades à poumons indemnes au moment de l'opération, nous notons 5 granulies et 2 tuberculoses banales. Sur 5 malades ayant eu une tuberculose pleuro-pulmonaire guérie au moment de l'intervention, nous n'avons pas observé d'accidents post-opératoires. Sur 21 malades ayant une tuberculose

pulmonaire en évolution au moment de l'opération, nous observons 3 granulies, 5 morts par tuberculose pulmonaire, 2 cas améliorés, un guéri de ses lésions.

On voit que:

1º La tuberculose pulmonaire peut s'observer assez souvent après la néphrectomie;

2º Qu'une tuberculose pulmonaire existante est rarement améliorée par la néphrectomie;

3º Qu'une tuberculose ancienne, bien guérie au moment de l'intervention, ne paraît pas prédisposer spécialement à une récidive.

Un cas de mort par insuffisance rénale à la suite d'une néphrectomie pour tuberculose rénale. (En collaboration avec M. le professeur Patel). *Société française d'Urologie*, juin 1923 (Nº 146).

Une jeune fille de 21 ans, atteinte de tuberculose rénale droite unilatérale, présentait une diminution marquée de la valeur du rein droit avec une excellente valeur fonctionnelle du rein gauche. Urée à droite: 2 gr. 39; à gauche: 16 gr. 64. Chlorure à droite: 1 gr. 74; à gauche: 19 gr. 85. L'orifice urétéral gauche était sain, le droit perdu au milieu d'une ulcération. Dans ces conditions, la néphrectomie fut pratiquée à droite. Dès les premiers jours qui suivirent l'intervention, la malade se plaignit de fatigue générale, de maux de tête avec hoquet et vomissements; elle urina peu, puis fit une anurie complète et succomba neuf jours après l'intervention.

Ce cas rappelle un cas du professeur Legueu et montre que nos méthodes actuelles d'examen, si elles nous donnent, sur la valeur des reins, une certitude presque complète, comportent cependant un très minime aléa.

De l'évolution de l'uretère après néphrectomie pour tuberculose rénale. *Congrès d'Urologie*, 1919 (Nº 147).

Le point de départ de cette communication est l'observation prolongée de 4 malades, continuant à avoir des troubles vésicaux marqués après une néphrectomie. Chez l'un, ils ne disparurent qu'après une urétérectomie secondaire. Chez les deux autres, la non oblitération de l'uretère entretenait la persistance des troubles. Les faits cliniques nous montrent qu'un uretère sain ne s'oblitère pas après l'ablation du rein. L'uretère tuberculeux peut s'oblitérer parce que les parois tuberculeuses, végétantes et dépourvues d'épithélium, s'accolent et se soudent par leurs bourgeons charnus; c'est là un processus pathologique et non physiologique; on admet qu'il peut mettre trois ans pour se produire; au delà de ce laps de temps, il y aurait lieu de pratiquer une urétérectomie.

La vessie des néphrectomisés pour tuberculose. *Rapport présenté au 24e Congrès français d'Urologie*, octobre 1924 (104 pages) (Nº 148).

Pour le chirurgien, les lésions de la vessie, au cours de la tuberculose rénale, sont des lésions secondaires qui doivent disparaître plus ou moins rapidement après la néphrectomie. Pour le malade, les trou-

bles vésicaux ont une importance primordiale et ce sont eux qui conduisent le malade au chirurgien. Ils sont conditionnés:

par des lésions du méat urétéral;

par des lésions vésicales;

par des lésions du segment inférieur de l'uretère.

Anatomie pathologique. Les lésions du méat urétéral sont théoriquement les premières en date: œdème et déformation du méat, qui devient béant et peut déterminer du reflux vésico-urétéral; plus tard, granulations, puis ulcérations qui peuvent creuser une cavité au fond de laquelle est le méat urétéral; le segment inférieur de l'uretère, disséqué par le processus pathologique, peut prolaber dans l'intérieur de la cavité vésicale. D'autres fois, il se fait un processus de sclérose qui aboutit à l'exclusion du rein.

Les lésions vésicales débutent vers l'ostium pour gagner le trigone. Au début, il y a simplement des lésions de la muqueuse: œdème, vascularisation; plus tard, granulations et ulcérations. Quelquefois, la prolifération des tissus détermine une cystite végétante.

Lorsque les lésions ont dépassé la muqueuse, on observe un type ulcéreux banal; ou bien un type réticulé lorsque les fibres musculaires de la vessie, mises à nu, constituent le fond de l'ulcération; ou enfin un type ulcéreux végétant. Exceptionnellement on observe une infiltration caséeuse massive de la paroi vésicale.

Le segment inférieur de la vessie, dur, bosselé, irrégulier, perceptible au toucher vaginal ou rectal, est tantôt ulcéré, tantôt sclérosé au point de pouvoir s'oblitérer (exclusion du rein). Quelquefois, on observe même un abcès péri-urétéral.

Après la néphrectomie, on voit dans les cas favorables la vessie redevenir normale. Quelquefois elle conserve un peu de congestion. Chez quelques malades enfin, les lésions tuberculeuses continuent à évoluer pour leur propre compte.

L'uretère peut également rester ulcéreux et béant; plus souvent, il se sclérose et s'oblitère.

Symptômes cliniques. Avant l'intervention, on notait la fréquence des mictions et la douleur. Puis de la pyurie et de l'hématurie. Exceptionnellement, la douleur amène de la rétention d'urine. Plus tard enfin, la vessie se met en état de rétention.

Sous l'influence du traitement, les troubles fonctionnels se modifient: pollakiurie, pyurie et douleurs s'améliorent.

Pathogénie. Pronostic. L'amélioration porte surtout sur l'élément douloureux; elle se produit 91 fois pour cent. La pollakiurie cède moins rapidement. Si les lésions vésicales sont peu accentuées, la disparition des troubles vésicaux est rapidement complète; s'ils sont plus profonds, ils peuvent rester plus ou moins longtemps après l'opération; la vessie finit par guérir au bout de six mois ou d'un an. Quelquefois enfin, les lésions continuent à évoluer.

Au point de vue pathogénique, les accidents se répartissent en trois classes:

La première comprend les cas où le processus infectieux est guéri, les urines claires, sans albumine ni pus. On a alors à faire à une sensibilité exagérée du col par altération nerveuse d'origine toxinienne, ou à une lésion inflammatoire chronique du muscle vésical;

La deuxième est due à la persistance d'une inflammation banale, non tuberculeuse;

La troisième rassemble les cas où persiste encore le bacille de Koch. Ce dernier vient quelquefois du rein restant, mais il peut également venir de l'uretère du côté opéré, ou de la persistance de lésions vésicales.

Le pronostic varie avec l'origine des troubles. Pour la première classe, il est un peu réservé au point de vue local, mais favorable au point de vue général. Pour la deuxième, il est favorable au point de vue général, et peut-être meilleur que le précédent au point de vue local. Pour la troisième, il varie avec la lésion qui persiste.

Traitement. Il comprend :

1° Les moyens médicamenteux, traitement général, bleu de méthylène, etc.

2° Les moyens non sanglants : lavages (à rejeter), instillations, enfumage iodé, étincelage des lésions vésicales.

3° Les moyens sanglants : urétérectomies primitives ou secondaires :

Curettage de la vessie, par l'urètre ou à travers une plaie de cystostomie ;
Dilatation du col ;
Sphinctérotomie ;
Section des nerfs vésicaux ou résection du ganglion hypogastrique ;
Exclusion vésicale par cystostomie, par abouchement de l'uretère à la peau, dans l'intestin ;
Cystectomie ;
Néphrostomie.

Parmi ces différentes méthodes, il semble préférable de choisir d'abord les moyens médicaux, d'y ajouter les dilatations du col ou les sections nerveuses. Il faut surtout ne pas oublier qu'après une néphrectomie précoce, les troubles vésicaux disparaissent le plus souvent d'eux-mêmes.

Tumeurs paranéphrétiques. *Encyclopédie française d'Urologie* (Doin, 1914), tome III, pages 463 à 479 (N° 149).

Les kystes paranéphrétiques. *Rapport au Congrès français de Chirurgie*, 1924 (59 pages) (N° 150).

Sous ce nom, nous avons étudié les tumeurs nées aux dépens de la capsule fibreuse ou de la capsule adipeuse, ainsi que des débris épithéliaux qui pourraient s'y trouver inclus ; on y adjoint aussi les kystes hydatiques. Nous en avons recueilli 110 observations.

Etiologie. Prédominantes chez la femme, et à l'âge moyen de la vie, ces tumeurs ont, moins souvent qu'on ne le croit, une origine traumatique, si l'on a soin de mettre à part les cas de pseudo-kystes ; elles ont pour origine des débris congénitaux, inclus dans la loge rénale et provenant du corps de Wolff. Cette pathogénie s'applique non seulement aux tumeurs épithéliales, mais aux tumeurs conjonctives ; elle explique pourquoi les tumeurs siègent en avant du rein, alors que le tissu graisseux est surtout abondant en arrière. Quelques cas pourtant (en particulier les kystes communiquant avec le bassinet) paraissent dériver d'une anomalie de développement de l'uretère.

Anatomie pathologique. Les tumeurs unilatérales sont de petite dimension (volume d'une noisette ou d'un œuf de poule) lorsqu'elles naissent aux dépens de la capsule fibreuse ; celles venues de la capsule

adipeuse peuvent avoir des dimensions et un poids considérables. D'abord contiguës au rein, elles finissent par lui adhérer d'une façon intime, par comprimer les éléments du hile. De même, après avoir, pendant longtemps, comprimé le côlon, elles lui adhèrent d'une façon serrée; elles peuvent enfin dédoubler le mésentère. Histologiquement, ce sont des tumeurs conjonctives (lipomes, myxo ou fibro-lipomes, ostéomes, etc.; fibro-sarcomes, myxo-sarcomes, etc.); ou bien des tumeurs épithéliales (et alors ce sont des kystes, unis ou multiloculaires qui ont fait l'objet du Rapport au Congrès de Chirurgie); ou enfin des tumeurs mixtes. Il existe aussi quelques cas de kystes hydatiques.

Symptomatologie. Ces tumeurs se développent d'une façon insidieuse et sont découvertes par hasard ou lorsque par leur volume elles déterminent des troubles de compression (intestins, uretère, veine cave inférieure, etc.). Leur évolution est très lente lorsqu'elles sont de nature bénigne, et leur pronostic favorable, sauf dans ce dernier cas.

Diagnostic. Cette symptomatologie imprécise rend le diagnostic très difficile. Les tumeurs de la rate se reconnaissent à leur bord antérieur tranchant, à leur mobilité. Les tumeurs du foie, les kystes de l'ovaire ne donnent pas une matité traversée par une bande de sonorité.

Traitement. Il faut enlever la tumeur et tâcher de conserver le rein; pour ce faire, la voie transpéritonéale donne plus de jour que la voie lombaire. Les résultats opératoires sont assez satisfaisants; la mortalité a baissé beaucoup depuis 1890; elle est encore, dans l'ensemble, de 23 pour 100.

Cancer du rein et pyélonéphrite calculeuse (En collaboration avec M. le docteur LACASSAGNE). *Société des Sciences Médicales*, 2 avril 1913 (N° 151).

Chez le malade qui fit l'objet de cette présentation, il y avait coexistence des deux affections, entraînant de la pyurie, des hématuries, avec rein très gros, mobile, non bosselé. L'examen de la pièce, après néphrectomie, montra un cancer réparti uniformément autour du bassinet et tendant à se porter vers la périphérie du rein. On peut se demander si la répartition du tissu néoplasique n'a pas été influencée par la présence du calcul.

Les limites raisonnables de l'opérabilité du cancer rénal (En collaboration avec M. le professeur ROCHET). *Société de Chirurgie*, 26 février 1925 (N° 152).

En dehors des contre-indications médicales (cachexie, cœur défaillant, etc.), il n'y a pas de limites absolues à l'opération, mais il y a des limites raisonnables, si l'on ne veut pas faire une opération inutile. Il vaut mieux ne pas intervenir pour ces très gros reins, qui simulent souvent des tumeurs abdominales ou pelviennes; pour les reins plaqués et fixés dans la profondeur, en raison de leurs adhérences aux organes voisins; pour les reins s'accompagnant de gros ganglions hilaires. Il faut aussi s'abstenir si le rein opposé est malade lui-même et atteint, exceptionnellement, de néoplasme, plus souvent de néphrite. A ce propos est rapportée l'observation d'un malade ayant, dans les urines du rein non cancéreux, une bonne teneur en urée et en chlorures, mais 1 gr. 30 d'albumine au litre et des cylindres granuleux; ce malade succomba sept jours après l'intervention, n'ayant uriné chaque jour que quelques grammes d'une urine sanglante.

Un cas de récidive cutanée de cancer du rein. *Société des Sciences Médicales*, 11 mars 1914 (N° 153).

Chez un sujet néphrectomisé pour hypernéphrome, on voit apparaître, sept mois après l'intervention, un noyau de récidive dans la cicatrice cutanée, noyau violacé du volume d'une pomme. Ce cas est intéressant parce que l'examen de la pièce, après son ablation, montra qu'il s'agissait également d'un hypernéphrome, et parce que l'opération permit de constater le siège de la récidive dans les téguments, avec intégrité des plans profonds, ce qui est très rare.

La néphrite du rein opposé au rein cancéreux. (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1911 (N° 154).

Le rein opposé au rein cancéreux peut être facilement le siège d'une néphrite, néphrite qui passe volontiers inaperçue, décelée seulement par l'examen des urines. Atteignant d'une façon diffuse l'épithélium rénal, elle paraît la conséquence des néphrotoxines; elle rend l'opération plus dangereuse, le pronostic plus sérieux, mais elle est susceptible de disparaître par la néphrectomie.

Kystes multiples des reins (En collaboration avec M. le professeur Rochet et M. P. Michel). *Société des Sciences Médicales*, 2 mai 1928 (N° 155).

Présentation des pièces d'autopsie d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué des kystes du rein et qui mourut après avoir présenté des signes d'infection urinaire; ce malade eut aussi une embolie avec oblitération de la bifurcation aortique. Il s'agit non pas d'une maladie polykystique, mais d'une formation anormale de kystes séreux très développés, respectant dans une assez grande mesure le parenchyme rénal. L'affection avait été bien tolérée jusqu'au début du mois dernier; le malade a vécu jusqu'à 86 ans.

Appendicite et affection du rein droit (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Société française d'Urologie*, 18 mai 1925 (N° 156).

Les relations entre l'appendicite et les affections des reins ont été signalées depuis longtemps, mais leur fréquence nous a particulièrement frappés, car nous l'avons notée dans 6 pour cent des cas.

1° Dans un premier groupe de cas, nous plaçons les erreurs de diagnostic: appendicite prise pour une colique néphrétique, une néphrite douloureuse, un calcul de l'uretère et inversement.

2° Un second groupe est constitué par la coexistence de ces deux affections.

3° Dans la troisième catégorie, nous réunissons les cas où il y a un rapport causal entre les deux maladies. D'ordinaire, l'appendicite est la première et se complique d'accidents rénaux.

La complication la plus fréquente est l'hématurie, mais il n'y a que quelques cas dans lesquels la cystoscopie a été faite et a montré que l'hématurie venait du rein droit; ces accidents sont le plus souvent de nature congestive.

L'urétérite, la néphrite, la pyélo-néphrite sont consécutives à des infections sanguines ou des propa-

gations par voie lymphatique. Quelquefois, l'appendice enflammé adhère à l'uretère ou au bassinet et infecte directement ces organes. L'ablation de l'appendice est suivie d'ordinaire de la disparition de ces accidents.

La tuberculose du rein pourrait s'observer aussi à la suite d'une appendicite tuberculeuse, bien que souvent ce ne soit que deux localisations différentes d'une même infection générale.

Enfin, un certain nombre de phlegmons périnéphrétiques s'observent à la suite des appendicites, par infection sanguine, par propagation lymphatique ou même par simple propagation de voisinage.

URETÈRE

Note sur le cathétérisme de l'uretère à vessie ouverte. *Société de Chirurgie*, 8 juin 1922 (N° 157).

Les réflexions ci-dessous sont basées sur une dizaine de cas, observés chez des tuberculeux rénaux. Ce petit nombre prouve que le cathétérisme urétéral à vessie fermée est possible dans presque tous les cas, le cathétérisme à vessie ouverte n'étant qu'une méthode d'exception. Il nécessite, en effet, une opération surajoutée, avec anesthésie profonde et parfois prolongée ; il est difficile à pratiquer, même pour les gens expérimentés, et expose à de nombrenx échecs ; enfin la fermeture de la vessie est souvent difficile à obtenir. On a cherché à lui substituer la double lombotomie exploratrice qui, trop souvent, ne donne aucun renseignement, et l'exclusion temporaire de l'uretère correspondant au rein le plus malade. Il est très supérieur à ces deux méthodes et il constitue un moyen de grande valeur dans les rares cas où le cathétérisme à vessie fermée a été impossible.

Quelques cas intéressants de calculs des différentes portions de l'uretère. *Congrès français d'Urologie*, 1926 (N° 157 bis).

Il s'agit de 16 cas de calculs du bassinet qui se répartissent en deux groupes :

1° 12 observations concernent des calculs isolés de l'uretère.

3 fois, les calculs étaient sous-pyéliques, siégeaient dans les cinq premiers centimètres de l'uretère. Deux présentaient cette mobilité considérable que l'on rencontre parfois, qui permet aux calculs de remonter dans le bassinet et de passer inaperçus au cours d'une intervention.

1 fois, il s'agissait d'un calcul lombaire invisible aux rayons X. Comme la sonde urétérale buttait en un point précis, on découvrit ce point par une incision lombaire, ce qui confirma le diagnostic.

Six calculs siégeaient dans l'uretère pelvien ; ils furent abordés par la voie para-vésicale. Chez deux sujets, le calcul glissa dans la vessie lors de la dénudation de l'uretère à son niveau ; un des malades l'expulsa ensuite spontanément ; l'autre fut lithotritié.

Dans 2 cas, le calcul fut éliminé spontanément après un cathétérisme de l'uretère.

2° Les 4 cas restants concernent des sujets présentant à la fois des calculs du rein et des calculs de l'uretère.

2 fois, le calcul urétéral et le calcul rénal étaient du même côté. Chez un des sujets, le calcul urétéral fut enlevé le premier ; le calcul rénal fut ensuite expulsé spontanément. Chez l'autre, on enleva le calcul rénal par néphrectomie et le calcul urétéral fut laissé en place à cause de l'état précaire du malade.

1 fois, il y avait calcul d'un uretère et calcul du rein opposé ; le calcul urétéral fut enlevé le premier.

1 fois, enfin, il y avait calculs multiples des deux reins et des deux uretères. Le mauvais état de la malade empêcha une intervention.

Fistule urétéro-vaginale. Infection grave et précoce du rein. Néphrectomie (En collaboration avec M. le professeur Patel). *Société de Chirurgie*, 9 février 1922 (n° 158).

De la néphrectomie dans les fistules urétérales. *Société de Chirurgie*, 11 janvier 1923 (N° 159).

La fistule uretéro-vaginale est peut-être susceptible de guérir spontanément. Souvent, lorsque l'écoulement de l'urine par le vagin s'arrête, c'est que l'uretère s'est oblitéré. Il en était ainsi chez notre malade, mais cette oblitération s'accompagna rapidement de température élevée, de signes d'infection grave du rein qui nécessita une néphrectomie. L'examen de la pièce montra, au niveau du pôle supérieur, de nombreuses traînées jaunâtres, purulentes, qui reproduisaient le trajet des tubes urinifères et de petits nodules inflammatoires superficiels qui n'avaient pas eu le temps d'arriver à suppuration.

Cette infection rénale est le gros obstacle à la ligature simple de l'uretère en pareille occurence et explique les accidents graves qui peuvent apparaître après cette intervention..

A propos d'une communication de Cotte, en 1923, nous avons rappelé que la réimplantation de l'uretère est peut-être le procédé de choix pour les formes non infectées, et la néphrectomie pour les cas infectés.

Des interventions sur l'uretère inférieur dans certaines cysto-urétérites douloureuses. (En collaboration avec M. le professeur Rochet) *Congrès d'Urologie*, 1921 (N° 160).

Une infection ascendante, partie de la vessie, peut se localiser à la partie inférieure de l'uretère, parfois des deux côtés. Dans beaucoup de cas, un traitement vésical et urétéral combiné, longtemps poursuivi, conduit à la guérison.

Chez certains sujets, et parfois malgré le traitement, l'infection remonte jusqu'au rein, déterminant de la pyélo-néphrite, parfois avec périnéphrite douloureuse. Chez d'autres, elle provoque de véritables coliques urétérales, dont la fréquence et l'intensité aboutissent à un trouble marqué de la sécrétion rénale, à une oligurie parfois inquiétante. Dans ces formes, il est nécessaire de découvrir l'uretère, de le libérer, au besoin de couper les filets nerveux qui l'abordent. Deux observations montrent les excellents résultats de cette façon de faire.

Les urétérites pelviennes chroniques douloureuses et leur thérapeutique (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Journal d'Urologie*, 1923 (N° 161).

L'urétérite ascendante, consécutive à une infection vésicale, à un foyer inflammatoire pelvien, peut

rester longtemps localisée au segment inférieur de l'uretère. La lésion est parfois peu douloureuse. D'autres sujets se plaignent de véritables coliques urétérales, de douleurs violentes spontanées ou à la pression de l'uretère pelvien. A la longue, cet état douloureux peut retentir sur le rein ; de l'oligurie, une diminution d'élimination de l'urée et des chlorures, nécessitant une intervention plus ou moins rapide. Avant d'y recourir, il est indiqué de traiter d'abord la cause de l'urétérite et, en particulier, les foyers inflammatoires pelviens. Si cela ne suffit pas, il faut libérer le ou les uretères malades. Cette opération fut faite sur deux malades, avec un plein succès. En agissant de la sorte, on ne se borne pas à libérer l'uretère des brides qui l'enserrent, mais on déchire aussi les nerfs urétéraux qui viennent du ganglion hypogastrique. On n'observera aucune complication locale si on a le soin de ne pas serrer de trop près l'uretère (Latarjet, Laroyenne).

On peut aussi traiter de pareils sujets par l'énervation successive des deux uretères pelviens. Nous en rapportons une très intéressante observation où on libéra d'abord l'uretère droit après échec de la néphrolyse. L'effet sédatif fut presque immédiat, mais la malade souffrant de l'uretère gauche, et présentant une oligurie grave, fut réopérée six mois après pour l'uretère gauche. Les douleurs, les nausées, les vomissements cessèrent et la sécrétion urinaire augmenta rapidement. Nous suivons cette malade depuis plus de cinq ans. Le résultat opératoire s'est maintenu excellent.

VESSIE

Présentation d'un corps étranger de la vessie extrait à l'aide d'un lithotriteur (En collaboration avec M. le docteur Lebeuf). *Société des Sciences médicales*, 22 novembre 1922 (N° 162).

Le corps étranger en question était un tube de caoutchouc de 90 centimètres de long. Il fut saisi avec un lithotriteur et retiré très simplement, sans anesthésie. Le malade quitta l'hôpital le lendemain. Cette observation montre la simplicité de la méthode et sa valeur, toutes les fois que la nature du corps étranger en permet l'emploi.

Quelques remarques sur le traitement immédiat des plaies de la vessie par projectiles de guerre (à propos de vingt observations). *Société Médico-Chirurgicale de la 14e région*, 9 mars 1918 (N° 163).

De ces observations il découle que l'abstention opératoire, c'est-à-dire la sonde à demeure, avec immobilisation et diète absolue, est une méthode insuffisante ; de même, la cystostomie sans suture des plaies péritonéales. La péritonite ou l'infection surviennent toujours rapidement et emporte le blessé.

Dans les plaies extra-péritonéales, il faut ouvrir la vessie, en suturer les perforations, enlever les esquilles en cas de fracture du bassin.

Dans les plaies intra-péritonéales, il faut, par une laparotomie, oblitérer toutes les perforations (vésicales, intestinales, etc.) et drainer la vessie largement.

Lithiase urétrale et lithiase vésicale chez un ancien rétréci de l'urètre. *Société de Chirurgie*, 3 décembre 1925 (N° 164).

L'existence isolée d'une de ces lithiases est connue depuis longtemps, et nous avons fourni aux thèses de Bassargette (1913) et de Rebierre (1901) plusieurs observations personnelles.

La présente observation, dans laquelle nous avons, par urétrotomie externe, enlevé les calculs urétraux et broyé ultérieurement par lithotritie un calcul vésical, a permis de montrer une fois de plus que les calculs urinaires peuvent, chez un infecté, se développer en n'importe quel point où se produit la stagnation de l'urine, qu'il s'agisse du bassinet, de la vessie ou de la petite dilatation urétrale qui existe presque toujours en arrière d'un rétrécissement.

La coexistence des deux localisations soulève, en effet, un point de thérapeutique intéressant: faut-il faire chez de tels malades deux opérations sanglantes, une urétrotomie externe à cause des calculs urétraux, une cystostomie à cause de calcul vésical? Peut-on se contenter d'une urétrotomie externe pour enlever les calculs urétraux, et broyer le calcul vésical après avoir désinfecté cette cavité pendant quelques jours? La présente observation montre précisément l'excellent résultat de cette dernière façon de faire.

Deux cas de calculs urétro-vésicaux. *Société Médico-Chirurgicale de la XIVe région*, 8 mars 1919 (N° 165).

Les plaies de la vessie, surtout si elles se compliquent de plaies de la ceinture pelvienne avec foyer osseux éliminant plus tard de petits séquestres dans la cavité vésicale, sont fréquemment, le point de départ de calculs. Les 2 cas que nous avons présentés offraient, en outre, cette particularité d'être des calculs urétro-vésicaux, avec un petit prolongement qui s'engageait dans l'urètre prostatique. Certains auteurs ont prétendu que de tels calculs naissaient dans l'urètre prostatique et, s'accroissant par leur pôle supérieur, se prolongeaient ainsi jusque dans la vessie. Legueu a soutenu l'opinion inverse, et nos deux cas viennent à l'appui de sa façon de voir.

Calcul diverticulaire de la vessie développé autour d'un fragment de sonde. *Congrès français d'Urologie*, 1928 (N° 166).

Un ancien lithiasique, opéré à plusieurs reprises de calculs récidivants de la vessie, revint à la clinique d'Urologie, porteur d'un calcul diverticulaire faisant dans la cavité vésicale une très légère saillie. Ce calcul fut enlevé par voie sus-pubienne. Quelle ne fut pas la surprise de trouver dans son intérieur un fragment de sonde en caoutchouc rouge, autour duquel le calcul s'était développé? Un tel fait évoque les rapports réciproques de la cavité diverticulaire et de la cavité vésicale. On a dit que les calculs intermittents étaient le propre des diverticules congénitaux, à paroi musculaire, que dans les diverticules acquis le calcul naissait et se développait dans le diverticule lui-même. L'observation de ce cas, où le fragment de sonde et peut-être déjà une amorce de calcul, ont été chassé de la vessie dans le diverticule, montre que le va et vient peut exister aussi dans les diverticules acquis; il est la conséquence de la contractilité de la paroi vésicale et non de la contractilité de la paroi diverticulaire.

Calculs développés dans des formations diverticulaires annexées à la vessie et à l'urètre. *Province Médicale*, 26 juillet 1913 (Nº 167).

Sur n'importe quel point de l'arbre urinaire, lorsqu'il y a stagnation d'une urine infectée, on peut voir se développer un calcul. Notre travail comporte plusieurs observations qui, sous des formes différentes, rentrent néanmoins dans cette catégorie. La première est celle d'un vieux rétréci, infecté, ayant une vessie à colonnes, ces dernières délimitant entre elles des alvéoles. Dans presque chacune de celles-ci, il y avait un petit calcul. La deuxième se rapporte à un calcul développé dans un diverticule congénital de l'urètre. Sous le nº 68, nous avons rapporté un cas de calcul développé dans une glandule prostatique. Une dernière observation est celle d'un rétréci, dont l'urètre antérieur s'était à peu près oblitéré malgré une urétrotomie externe, ancienne, et qui avait gardé de son opération une fistule périnéale; il existait un calcul dans l'urètre prostatique, et un autre dans le trajet fistuleux. On voit que, toute cavité diverticulaire, acquise ou congénitale, annexée à la vessie ou à l'urètre, est susceptible de devenir le siège d'un calcul lorsqu'il y a de l'infection urinaire.

Une forme rare de calculose vésicale au cours d'une hypertrophie de la prostate. *Société des Sciences Médicales*, mars 1913 (Nº 168).

Il s'agit d'un prostatique banal, chez lequel une cystite intense avait pour cause 61 calculs, à facette par pression réciproque, formant une masse du volume d'une mandarine et non un calcul unique.

Les calculs vésicaux après la prostatectomie. *Revue clinique d'Urologie*, novembre 1912 (Nº 169).

Les 6 observations qui sont la base de ce travail proviennent du service du professeur Rochet. Stagnation et infection urinaire sont, après comme avant la prostatectomie, les facteurs de la calculose. Comme ces facteurs disparaissent le plus souvent après la prostatectomie, on conçoit que le nombre des prostatiques calculeux doit être supérieur à celui des prostatectomisés calculeux. L'acte opératoire cependant peut favoriser la précipitation des sels urinaires. Un bloc de cellules épithéliales, un caillot, un fragment de catgut, etc., deviendront le noyau autour duquel se déposeront les sels urinaires. Ces calculs ne déterminent souvent que des phénomènes de cystite banale qui pourrait égarer le diagnostic. La lithotritie paraît être leur traitement de choix.

Origine rénale de certains calculs qu'on pourrait croire nés dans la vessie (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Congrès français de Chirurgie*, octobre 1912 (Nº 170)

On sait que certains calculs vésicaux se forment autour d'une concrétion d'acide urique, descendue du rein au cours d'une colique néphrétique; mais, à côté de ces formes indiscutables, il en est d'autres où la nature rénale est d'autant mieux méconnue qu'aucun symptôme n'a attiré l'attention de ce côté. Dans un certain nombre de cas, il peut y avoir, en même temps que le calcul vésical, un calcul rénal de même nature. Le calcul vésical a eu alors pour point de départ des concrétions descendues du rein, sans acci-

dents de migration. Nous en rapportons une observation très nette chez un homme de 65 ans qui mourut d'ailleurs d'anurie progressive, avec pyonéphrose d'un côté et destruction presque complète du rein opposé, et une autre concernant un homme de 50 ans.

Dans d'autre cas, l'origine rénale de la lithiase est établie par l'analyse chimique des calculs. Chez un homme de 65 ans, qui fut opéré trois fois pour des calculs vésicaux, l'analyse a toujours montré, tantôt un calcul d'acide urique pur, tantôt un calcul à noyau urique. Cette constatation pathogénique est importante. Elle permet chez certains sujets de dépister et de traiter une lithiase rénale latente. Elle conduit, chez d'autres, à combiner le traitement vésical avec un traitement médical rénal approprié.

Quelques résultats éloignés de l'étincelage des tumeurs bénignes de la vessie. *Société de Chirurgie*, 11 mars 1926 (N° 171).

Cette statistique de 12 cas, traités par l'étincelage, confirme la valeur de cette intervention dans le traitement des polypes vésicaux. Elle supprime l'anesthésie générale. Elle permet, en une ou plusieurs séances, la destruction des polypes par des courants d'intensité faible. Elle a des suites immédiates très simples. Elle n'expose pas à la récidive sur place, la récidive étant en réalité l'apparition d'un nouveau polype à côté des précédents.

L'étincelage est donc la méthode de choix, toutes les fois que l'emploi du cystoscope est possible de par l'état de l'urètre, toutes les fois que le polype n'est pas trop volumineux.

Traitement des tumeurs de la vessie par les agents physiques. *IIe Congrès de la Société internationale d'Urologie*, Bruxelles, 1927 (N° 172).

Nous avons communiqué, à propos de la discussion des rapports, une statistique de 30 cas.

15 concernaient des tumeurs bénignes ; 12 fois, la tumeur était unique. L'étincelage fut fait dans tous les cas ; on a noté 4 récidives.

15 cas de tumeurs malignes ont été traités ainsi qu'il suit :

radiothérapie, 1 cas ; pas de modification ; cystectomie ultérieure ;

radiumthérapie, 10 cas : une fois à vessie fermée, 9 fois à vessie ouverte. On a eu une guérison vérifiée à l'autopsie ; 2 cas paraissant guéris (cliniquement) au bout d'un an ; 3 améliorations momentanées ; 2 échecs.

Etincelage, 4 cas, aucun résultat.

Le radium paraît donc l'agent de choix en cas de néoplasme malin.

Cystectomie partielle. *Société de Chirurgie*, 19 mars 1914 (N° 173).

Cette observation de résection d'une partie de la paroi latérale gauche de la vessie pour néoplasme a été le point de départ d'une discussion de la technique de la cystectomie partielle. Elle met en vedette : 1° l'avantage de l'incision transversale de Pfannenstiel telle que l'emploie le professeur Rochet ; 2° l'avan-

tage qu'il y a à séparer du péritoine la face postérieure de la vessie pour ne pas s'exposer à infecter la cavité péritonéale et surtout pour pouvoir extérioriser la vessie avant de l'inciser.

Un cas de cystectomie totale chez une femme atteinte de cancer de la vessie (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Société française d'Urologie*, 12 févrie 1923 (N° 175).

Une femme de 58 ans avait été opérée en 1912 pour une crise d'occlusion aiguë; une tumeur de l'angle droit du côlon fut enlevée et l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. En 1921, la malade commença à uriner souvent, puis à présenter des hématuries. Les troubles urinaires allèrent en s'accentuant. La cystoscopie montra alors un cancer de la vessie. La malade fut soumise à une séance de radiothérapie de huit heures qui ne modifia en rien son état ; les troubles vésicaux et surtout la douleur allant en augmentant, une cystectomie totale fut pratiquée le 14 novembre 1922, et les uretères fixés à la peau. Suites opératoires simples.

L'examen histologique de la tumeur montra qu'il ne s'agissait pas d'une récidive de cancer intestinal, mais bien d'un épithélioma primitif de la vessie ; il y a donc eu chez cette même malade deux cancers différents.

Au point de vue technique chirurgicale, nous avons insisté sur les points suivants:

décollement facile de la vessie et de l'utérus, de sorte que l'hystérectomie ne s'impose que si la tumeur adhère à cet organe ;

simplicité de l'abouchement des uretères à la peau ;

facilité de l'opération chez la femme et difficultés de traiter chez l'homme le cancer vésical par l'extirpation totale de la vessie.

Les kystes de l'ouraque communiquant avec la vessie (En collaboration avec M. le docteur Creyssel). *Lyon Chirurgical*, 1924 (N° 175).

De l'étude des diverticules vésicaux, il résulte que ceux-ci ont deux points d'élection : la région juxtaurétérale et le pôle supérieur de ce réservoir. En ce dernier cas, les diverticules sont des dérivés pathologiques de l'ouraque et se présentent dans deux conditions différentes. Les uns ne sont qu'un petit prolongement de la cavité vésicale dans un ouraque resté perméable sur une longueur de quelques millimètres ou de un à deux centimètres ; cette variété est très fréquente et avait été signalée depuis longtemps par les anatomistes. Les autres répondent à de véritables poches, communiquant avec la vessie par un orifice étroit, et remontant jusqu'au voisinage de l'ombilic à travers lequel ils peuvent même s'ouvrir. Ils répondent alors à une perméabilité très étendue de l'ouraque, cette perméabilité pouvant revêtir trois modalités: perméabilité totale ou fistule ombilico-vésicale ; perméabilité de la partie moyenne avec fermeture de l'ouraque à ses deux extrémités ou kyste de l'ouraque ; perméabilité de la partie moyenne avec oblitération du conduit vers l'ombilic, c'est la modalité que nous étudions et qui, on le voit, n'est pas un diverticule de la vessie à proprement parler mais, un kyste de l'ouraque communiquant avec la vessie.

Pré-péritonéal, le kyste peut avoir la grosseur d'une tête d'adulte ; il communique avec la vessie

tantôt largement, tantôt par un trajet filiforme. Son contenu n'est pas forcément purulent ; il peut rester clair. La paroi peut présenter les altérations les plus diverses, parfois subir la dégénérescence néoplasique.

Cliniquement, ils sont difficiles à dépister. Souvent ils se traduisent par de la pyurie avec rétention incomplète, ainsi que nous en rapportons une observation. Dans un cas de Patel, il y avait tumeur abdominale et incontinence d'urine ; parfois, on note seulement de la cystite, ou bien une tumeur, etc. Il faut donc penser à cette lésion pour pouvoir la diagnostiquer, soit par la cystoscopie, soit par la radiographie après injection opaque.

Superficielle, la poche est d'ordinaire facile à enlever. Si elle adhère trop au péritoine, on peut se borner à la capitonner (Patel).

Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine gartnérienne. *Lyon Chirurgical,* mars 1912 (Nº 176).

Une femme de 22 ans présentait un kyste de la paroi vaginale antérieure du volume d'un œuf, qui fut enlevé sans difficultés. L'examen histologique montra, au-dessus de la couche musculaire, un épithélium à cellules cylindriques (une ou deux rangées) ; ces caractères histologiques prouvent que le kyste dérivait des débris des canaux de Gartner.

Un cas de kyste hydatique latéro-vésical. *Progrès Médical,* 14 août 1920 (Nº 177).

Ce kyste, observé chez un homme de 24 ans, formait, le long de la branche ischio-pubienne droite, une masse dure, plaquée contre le squelette. Il fut incisé et drainé par le périnée. Cette localisation latérale est rare. D'ordinaire, les kystes hydatiques sont situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, entre la vessie et le rectum ; bridés en bas par la prostate, ils se développent du côté de la cavité abdominale. Au contraire, lorsque le kyste est latéral, il est bridé en haut par le releveur et se développe par en bas du côté du périnée. Tous ces kystes juxta-vésicaux ont cette particularité d'adhérer aux plans voisins ; leur extirpation complète est exceptionnelle et il faut presque toujours les marsupialiser.

Trois cas de poche sous-vésicale d'origine inflammatoire. *Société française d'Urologie,* 12 décembre 1921 (Nº 178).

Les poches sous-vésicales ont une quadruple origine :

Quelques-unes sont dues à la dilatation progressive de l'urètre prostatique.

D'autres sont des diverticules de l'urètre postérieur.

Il en est quelques-unes qui sont post-traumatiques, en particulier à la suite des plaies de guerre.

D'autres, enfin, se constituent progressivement, par un processus insidieux de suppuration. Dans nos trois cas, la poche paraît avoir été intra-prostatique. Une fois, la lésion primitive était un rétrécissement de l'urètre ; chez deux autres sujets, elle était de nature tuberculeuse.

Quelle que soit leur origine, ces poches sont de guérison difficile.

Elles témoignent de désordres graves, et leur cavité n'a pas de tendance à se combler. Aussi, dans

les formes non tuberculeuses, a-t-on parfois avantage à les faire communiquer largement avec la vessie, pour n'avoir plus qu'une seule cavité, s'évacuant plus facilement.

Pseudo-prostatisme d'origine alcoolique. *The urologic and cutaneous Review*, mars 1918 (N° 179).

Sous ce nom, Rochet et plus tard son élève Boillerault ont décrit des troubles de la miction, absolument semblables à ceux de l'hypertrophie prostatique, mais sans altération de cette glande. Les sujets atteints sont d'ailleurs ordinairement moins âgés que des prostatiques. Ils ont des mictions difficiles, avec rétention incomplète d'urine, pollakiurie nocturne, etc. L'examen local montre de l'atonie vésicale, avec distension de ce réservoir qui s'infecte ultérieurement comme chez le prostatique. Cette infection se complique de pyélo-néphrite ascendante.

Il s'agit probablement de troubles musculaires, dus à des névrites alcooliques des nerfs de la vessie, d'où l'atonie vésicale.

On les traitera par des lavages de vessie au nitrate d'argent, la strychnine, etc., et, en cas d'échec, par la plicature de la vessie.

Nous rapportons 7 observations de cette affection, dont 3 cas traités avec succès par cette dernière méthode.

Essais de traitement chirurgical des rétentions d'urine sans obstacle mécanique. *Progrès Médical*, 13 décembre 1913 (N° 180).

Le problème de la thérapeutique de ces rétentions est des plus complexes et, en opposition aux méthodes déjà proposées, nous avons étudié, sous l'inspiration du professeur Rochet, deux sortes d'interventions portant sur la vessie.

La première est la plicature de cet organe, dont nous avons rapporté deux observations très intéressantes. La seconde est le renforcement de la paroi musculaire de la vessie par un lambeau taillé dans le muscle grand droit de l'abdomen ; nous en présentons également deux observations. Ces deux variétés d'intervention sont bénignes ; elles ont donné d'excellents résultats et elles constituent une acquisition précieuse dans le domaine thérapeutique de cette affection.

De la cystopexie. *Semaine Gynécologique*, 14 juin 1898, et Thèse de Bertucat, Lyon, 1900 (N° 181).

Les deux observations que nous avons rapportées proviennent du service du professeur Laroyenne. Nous avons recherché sur le cadavre la possibilité de fixer la vessie en suivant le manuel opératoire qu'il préconise pour l'hystéropexie. Nous avons insisté sur la simplicité de cette intervention et sur la facilité avec laquelle on évite l'accident le plus grave (perforation de la paroi vésicale) si l'on introduit dans la vessie, pour la soulever, non un gros hystéromètre ou une bougie de Hegar, mais, mieux, l'index qui permet de suivre la marche de l'aiguille ou des broches dans l'épaisseur de la paroi de la vessie.

La dilatation de l'urètre que nécessite ce manuel opératoire est facile et inoffensive.
Les résultats apportés sont des résultats immédiats.
Les résultats éloignés et de nouvelles observations ont fait l'objet de la thèse de Bertucat.

URÈTRE

Des différentes indications que peut remplir la mobilisation périnéale de l'urètre et de l'extrémité inférieure de la vessie. *Journal d'Urologie,* août 1920 (N° 182).

La chirurgie de l'urètre profond, de la prostate, du segment inférieur de la vessie est difficile parce que très vite le chirurgien travaille au fond d'un puits. De là, les recherches du professeur Rochet en vue de supprimer cette fixité des organes profonds en désinsérant l'aponévrose périnéale moyenne. Il est nécessaire de couper aussi l'urètre en arrière du bulbe, sinon l'abaissement est impossible.

L'opération ainsi pratiquée rend faciles nombre d'interventions périnéales.

Parmi les lésions de l'urètre profond, en bénéficient: la cure des pertes étendues de l'urètre par plaies de guerre; les rétrécissements ou les déformations post-traumatiques; les fistules urétro-rectales.

En bénéficient également, certaines découvertes de la face postérieure de la prostate et les interventions sur l'uretère juxta-vésical.

L'urétrostomie périnéale, la cystostomie périnéale, la mise à nu du bas-fond viscéral sont également rendues plus simple par cette mobilisation.

L'exploration radiographique de l'urètre et des cavités annexes après injection de mélanges opaques (En collaboration avec M. le docteur Jaubert de Beaujeu). *Province Médicale,* 5 avril 1913 (N° 183).

L'emploi de la radiographie après injections opaques, méthode utilisée couramment pour le bassinet et l'uretère, peut rendre également des services pour la sémiologie de l'urètre et de la prostate.

Nous avons utilisé le collargol et le bismuth, soit en poussant l'injection directement dans le canal, soit en les injectant avec une sonde que l'on retire progressivement. Nous avons rapporté plusieurs radiographies d'injections faites sur le cadavre pour montrer la forme de l'urètre normal et de l'urètre rétréci. On peut, dans ce dernier cas, non seulement montrer la forme et la longueur du rétrécissement, mais encore les poches dilatées qui peuvent exister en arrière de celui-ci, etc. On peut aussi, par cette méthode, obtenir des renseignements très intéressants sur les poches, congénitales ou acquises, ouvertes dans l'urètre; sur les poches intra-prostatiques communiquant avec ce conduit; sur les trajets fistuleux partis de l'urètre, etc.

Les brûlures graves de l'urètre par injections caustiques. *Progrès Médical,* 11 octobre 1913 (N° 184).

Un homme de 50 ans, pour faire disparaître un écoulement urétral, se fit une injection caustique. Il

expulsa la paroi de l'urètre sur une longueur de 12 centimètres, sous forme d'un cylindre sphacélé, et eut, en même temps, de la rétention d'urine. Il fut d'abord traité par la sonde à demeure, puis par une taille périnéale ; on lui fit ensuite une urétroplastie, suivie d'une urétrectomie.

Cette observation est le point de départ d'une étude générale des brûlures de l'urètre et de leurs méthodes de traitement. L'urétrostomie périnéale facilite les urétroplasties et peut, dans certains cas graves, être une opération définitive, parce qu'elle représente le seul moyen d'assurer la miction.

A propos des résultats éloignés des traumatismes de l'urètre. *Congrès international d'Urologie,* 1921 (n° 185).

Cette communication se rapporte à 5 cas de résultats éloignés dans des traumatismes de l'urètre.

4 cas sont des lésions de l'urètre pelvien, dont 2 par balles. Chez un de ces blessés, après dérivation périnéale des urines, je fis une urétrorraphie circulaire ; vingt-sept mois après, le résultat était excellent. Un autre, trois ans après sa blessure, avait encore un abouchement de l'urètre au périnée. La continuité du canal fut rétablie, après dérivation périnéale de l'urine, par une urétrorraphie circulaire. Le résultat était excellent douze mois après. Mêmes résultats chez deux autres blessés, atteints de rétrécissements traumatiques de l'urètre.

Il faut, dans ce que nous avons vu, reconstituer l'urètre par une urétrorraphie circulaire, mais la dérivation temporaire est une condition essentielle de succès. Il nous a semblé qu'il valait mieux, lorsque la chose est possible, préférer la dérivation périnéale à la cystostomie.

Notre cinquième cas répond à une plaie par balle de l'urètre pénien. Dérivation de l'urine par cystostomie ; fermeture de l'urètre par un double plan de lambeaux scrotaux.

Poche congénitale de l'urètre à développement tardif. *Lyon Chirurgical,* mai 1913 (N° 186).

Certaines poches annexées à l'urètre sont acquises ; ce sont des kystes par rétention développés aux dépens des glandes urétrales, des glandes de Cowper, etc. ; des hématomes enkystés ou des abcès ouverts dans l'urètre.

D'autres sont congénitales, coexistant ou non avec un hypospadias. En pareil cas, la poche, au lieu d'être recouverte de bourgeons charnus, est tapissée d'un épithélium qui a tous les caractères de l'épithélium urétral. Dans notre cas, elle apparut tardivement, après qu'un phimosis serré eut rendu la miction difficile et mis en quelque sorte le canal en tension ; la poche, occupant la paroi inférieure du conduit, et située en avant du scrotum, à la racine de la verge, avait le volume d'une tête de fœtus.

De la conduite à tenir vis-à-vis de l'urètre immédiatement après l'incision d'un abcès urineux (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Revue clinique d'Urologie,* mars 1922 (N° 187).

Complication d'un rétrécissement ancien, les abcès urineux sont des lésions juxta-urétrales qui, pendant longtemps, ne communiquent pas avec l'urètre, et qui, d'autre part, ne sont pas du tout en

rapport avec un degré plus ou moins accentué de sténose urétrale. Si tous les chirurgiens sont d'accord pour traiter l'abcès par une incision large avec drainage au plafond, ils diffèrent d'opinion en ce qui concerne la conduite à tenir vis-à-vis de l'urètre. Les uns opèrent en deux temps: incision de l'abcès, puis traitement du rétrécissement (urétrotomie interne), Guyon, Albarran, Voillemier. Les autres conseillent l'opération en un temps: ouverture de l'abcès et urétrotomie interne (Desnos), ou externe (Jean de Smet). Il nous a semblé que la première méthode était préférable toutes les fois que le malade pouvait uriner sans trop de difficultés, le rétrécissement étant traité d'ailleurs par l'urétrotomie interne, l'électrolyse, ou la simple dilatation. La deuxième méthode nous a paru convenir aux cas où la miction est très difficile, mais l'urétrotomie interne nous semble dangereuse et doit céder le pas à l'urétrotomie externe.

A l'appui de ces théories, nous avons rapporté 21 observations.

Rétrécissement de l'urètre et lithiase urinaire. *Progrès Médical*, 28 juin 1913 (N° 188).

La lithiase est également une complication des rétrécissements de l'urètre, et ce travail en rapporte 9 observations qui proviennent du service du professeur Rochet. Dans 6 cas, il s'agissait de calculs vésicaux; dans 2 cas, de calculs de l'urètre; chez un malade enfin, il y avait un calcul de la vessie et un calcul de l'urètre. Malgré la diversité apparente de localisation de ces calculs, leur pathogénie est la même: le calcul est la conséquence de l'infection et de la stagnation de l'urine, soit dans la vessie (c'est-à-dire dans une cavité naturelle), soit dans l'urètre (c'est-à-dire dans une poche qui s'est constituée en arrière d'un rétrécissement).

Le traitement des calculs vésicaux sera la lithotritie, toutes les fois que la dilatation de l'urètre aura permis le passage du lithotriteur; l'ablation des calculs de l'urètre se fera par urétrotomie externe.

Rétrécissement grave de l'urètre pénien; urétrostomie périnéale. *Société des Sciences Médicales*, 19 février 1913 (N° 189).

Un malade âgé de 36 ans, avait subi à l'âge de 19 ans une urétrotomie externe pour un rétrécissement consécutif à une fièvre typhoïde (?) et fut réopéré deux ans plus tard à cause d'une récidive de sa sténose. Très mal soigné par lui-même, il dut revenir à l'hôpital une troisième fois. Le périnée était induré, raviné; l'urètre antérieur oblitéré; l'urine sortait par un petit orifice au niveau de la fesse gauche.

Dans ces conditions, on fit d'abord une cystostomie sus-pubienne, et, plus tard, une urétrostomie périnéale.

A noter l'existence d'une péricystite scléreuse et surtout d'un assez gros calcul de l'urètre prostatique.

Des destructions totales de l'urètre profond en arrière des anciens rétrécissements (En collaboration avec M. le professeur Rochet.) *Congrès français de Chirurgie*, octobre 1911 (N° 190).

Des altérations de l'urètre et de la prostate en arrière des rétrécissements anciens (En collaboration avec M. le docteur LACASSAGNE). *Lyon Chirurgical*, novembre 1913 (n° 191).

Les lésions que l'on observe en arrière des rétrécissements ne sont parfois que superficielles: érosions ou ulcérations épithéliales, fongosités, etc. Parfois aussi, elles sont plus graves et vont jusqu'à la destruction complète de bandes de muqueuse urétrale. Elles peuvent porter aussi sur les glandes annexées à l'urètre; ce sont alors des infections des glandes de Cowper et surtout de la prostate: prostatite catarrhale; suppuration chronique de la glande aboutissant à son atrophie complète; poches purulentes occupant le gland. Notre article n° 191 renferme une observation et un dessin des plus démonstratifs.

La présence de ces lésions est d'un pronostic grave. Elles expliquent les insuccès des méthodes thérapeutiques dirigées contre de tels rétrécissements; l'existence des abcès à répétition, des fistules; la persistance d'une infection rénale progressivement aggravée. C'est dans de telles conditions qu'on pourrait peut-être recourir à l'urétrostomie périnéale pour assurer le libre écoulement de l'urine et désinfecter l'appareil urinaire.

Prolapsus étranglé de la muqueuse de l'urètre chez une femme. *Société de Chirurgie*, 11 novembre 1926 (N° 192).

La malade en question, âgée de 60 ans, portait un prolapsus de la muqueuse urétrale formant un bourrelet de un centimètre de hauteur, œdématié, ulcéré par places, irréductible.

Il fut enlevé sous anesthésie locale, par une sorte d'opération de Whitehead.

Dans ce cas, l'examen histologique a montré des lésions en tout point comparables à des hémorroïdes étranglées. Tous les anatomistes ont signalé l'abondance des formations vasculaires dans la couche profonde du derme urétral. Que des varices se développent dans ces conditions, c'est ce que montrent notre observation, des faits rapportés par Blanc, Singer, Morestin.

Les accidents infectieux, locaux ou généraux, que l'on peut observer en pareille occurrence s'expliquent d'ailleurs mieux par des lésions de phlébite que par la simple ulcération d'une muqueuse prolabée.

GÉNÉRALITÉS

L'enseignement urologique en Allemagne (En collaboration avec M. le professeur ROCHET). *Lyon Médical*, 18 août 1912 (N° 193).

Cette étude est basée sur la visite des formations universitaires de Strasbourg, Heidelberg, Munich, Leipzig, Berlin, Cologne et Bonn. A part certaines cliniques privées appartenant à des urologues, il n'y a pas de services d'urologie différenciés; les malades sont confondus avec ceux de chirurgie générale. Mais l'un des nombreux assistants du professeur s'occupe plus spécialement de l'urologie, soit qu'il se borne à faire des examens complets de malades, soit qu'il pratique lui-même les opérations les plus diverses et les plus complexes. C'est, d'ordinaire, aussi par ces mêmes assistants, qu'est fait l'enseignement

de l'Urologie, en dehors des rares cas qui sont, pour le Professeur, l'objet d'une leçon. Il existe, en outre, de nombreux hôpitaux extra-universitaires où des chirurgiens, d'ordinaire très spécialisés, complètent l'enseignement officiel de l'Urologie.

Un cas de septicémie hémorragique au cours d'une blennorragie (En collaboration avec M. le docteur Michel). *Province Médicale*, 18 mai 1912, (N° 85), et *Société de Chirurgie*, 8 février 1912 (N° 194).

La blennorragie, soit par le gonocoque, soit par les microbes pathogènes qui l'accompagnent, est loin de rester toujours localisée à l'urètre. A côté de ses localisations extra-urétrales, elle peut donner des lésions diffuses de septicémie.

Chez un homme de 31 ans, cette septicémie évolua avec des phénomènes généraux graves, de petites taches de purpura, des hémorragies par le nez et les gencives, et des hématuries sans caillots; la septicémie amena la mort du malade en onze jours. L'autopsie montra des taches ecchymotiques sur le foie, l'intestin, etc. Dans notre cas, l'examen et la culture du sang ne décelèrent aucun microbe, ce qui est en faveur d'une septicémie gonococcique.

Les cas analogues sont rares; aussi avons-nous fait suivre notre observation d'un cas semblable, de Balzer et Lacour.

Hémato-chylurie d'origine filarienne. *Société de Chirurgie*, 10 juin 1920 (N° 195).

Chez un chimiste de 35 ans, envoyé à l'hôpital pour hématurie, pyurie et douleurs rénales, nous avons pu constater l'existence d'une chylurie très marquée, caractérisée par la présence de très nombreux globules blancs d'aspect graisseux. La radiographie, l'inoculation des urines furent négatives.

Il nous a semblé que ces accidents étaient en rapport avec des accidents de filariose, le malade ayant contracté cette affection en Chine. La recherche de l'agent pathogène dans le sang, faite par M. le professeur Guiard, fut cependant négative. Les accidents disparurent progressivement et spontanément.

Un cas de pneumaturie dûe au pneumo-bacille de Friedlaender. (En collaboration avec M. le docteur Lebeuf). *Journal d'Urologie*, août 1923 (N° 196).

La pneumaturie a été expliquée par la fermentation d'une urine diabétique, une fermentation d'une urine banale, sous l'influence du bactérium coli commune, etc. Dans un cas que nous avons observé, l'agent pathogène était le pneumobacille de Friedlaender que nous avons pu isoler et cultiver.

Nous avons pu le différencier ainsi du bacillus lactis aerogenes qui a été signalé par divers auteurs, ainsi que d'autres variétés de coli-bacilles. En faisant pousser les cultures dans l'urine, à l'abri de l'air, nous avons vu se reproduire le développement des gaz.

APPAREIL GÉNITAL

Epididymo-orchite tuberculeuse. *Société des Sciences Médicales,* 23 juin 1897 (Nº 197).

A propos d'un cas d'épididymectomie avec orchidotomie exploratrice.

Orchi-épididymite tuberculeuse avec granulie du testicule. *Société de Médecine,* 21 avril 1902 (Nº 198)

Cette observation fut communiquée à la Société de Médecine en raison du nombre et du volume des granulations dont le parenchyme testiculaire était farci ; c'était un cas remarquable de granulie du testicule, sans lésions suppurées.

Abiation du testicule, du canal déférent et de la vésicule séminale correspondante, au cours de la tuberculose de ces organes (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Congrès français de Chirurgie,* octobre 1913 (Nº 199).

Un jeune homme de 19 ans, atteint de ces diverses localisations tuberculeuses, fut opéré en deux temps. Par une incision de Pfannenstiel, on enleva d'abord la vésicule séminale et le canal déférent ; quinze jours après, on fit l'ablation du testicule et de la portion restante du cordon.

A ce propos, nous avons discuté les indications, exceptionnelles, de ces ablations étendues. Au point de vue médecine opératoire, nous avons montré l'avantage de cette double incision sur l'incision unique. La première façon de faire respecte les muscles de la paroi abdominale. L'incision unique, au contraire, produit un délabrement considérable qui affaiblit pour l'avenir la solidité de la paroi abdominale.

Trois cas de tuberculose testiculaire chez l'enfant (En collaboration avec M. le docteur Vignard). *Province Médicale,* 8 juillet 1911 (Nº 200).

Ces 3 cas observés chez des enfants de 12 ans et demi, de 14 mois et de 11 mois, répondent à 3 cas de tuberculose primitive. Deux fois on fit une épididymectomie et une fois la castration.

On a prétendu à ce propos que les formes primitives sont plus bénignes que les formes secondaires. Nos observations montrent la gravité de ces formes bénignes. Deux des enfants (le troisième ayant été perdu de vue) ont succombé rapidement, du fait de la tuberculose.

Rupture spontanée d'hydrocèle (En collaboration avec M. le professeur Bérard). *Société de Médecine,* 25 mai 1910 (Nº 201).

Ruptures spontanées des hydrocèles.

Archives générales de Chirurgie, mai 1911 (n° 202).

Le cas que nous publions ne fait que s'ajouter à de nombreux cas déjà connus. La rupture portait

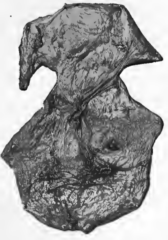


Fig. 18. — Rupture spontanée d'hydrocèle.

sur la paroi antérieure de la vaginale, un peu au-dessous de sa partie moyenne. Elle fut conditionnée non seulement par l'augmentation de quantité du liquide vaginal, mais surtout par un point de dégénérescence granulo-graisseuses de la paroi. Sa symptomatologie en rendait le diagnostic facile. Elle fut traitée par la résection de la vaginale.

Les plaies de guerre de la prostate avec projectiles inclus. *Bulletin Médical*, 7 juin 1919 (n° 203).

Les projectiles animés d'une grande force de pénétration traversent la prostate de part en part, en produisant de gros délabrements de l'urètre, des dislocations du col devant lesquels s'efface la lésion glandulaire. Les projectiles à bout de course restent inclus dans la glande d'où ils sont enlevés ultérieurement. Aux 2 cas de la clinique d'Urologie, nous avons ajouté 9 cas qui montrent la tolérance de la prostate vis-à-vis des corps étrangers.

Les troubles urinaires sont très fréquents.

Le projectile étant entré par la voie sus-pubienne, la voie périnéale ou la voie fessière, détermine souvent d'autres lésions: fractures du bassin, plaies de l'urètre, plaies du rectum.

L'extraction du corps étranger se fera par la voie sus-pubienne ou la voie périnéale.

Abcès de la fosse iliaque interne et adénite inguinale au cours des prostatites suppurées. (En collaboration avec M. le docteur Rey). *Lyon Chirurgical*, décembre 1911 (N° 204).

Abcès iliaque au cours d'une prostatite suppurée. *Société de Chirurgie*, 30 novembre 1911 (N° 205).

Ces deux travaux ont pour point de départ l'observation d'un malade qui, au cours d'une blennorragie, fut atteint d'une prostatite suppurée qui s'ouvrit spontanément dans le rectum. Cet homme fit ensuite un abcès de la fosse iliaque interne et une adénite inguinale. Ces accidents infectieux finirent par entraîner la mort. Les abcès de la fosse iliaque au cours des prostatites sont rares. Dans notre cas, dans un cas de Desnos, l'abcès iliaque était indépendant de l'abcès prostatique.

Dans un cas de Segond, les deux foyers communiquaient l'un avec l'autre. L'infection peut gagner la fosse iliaque, soit par le mécanisme d'une septicémie, soit par phlébite des veines du bassin, soit par la voie lymphatique. Ce dernier processus nous explique la possibilité des adénites inguinales.

Cliniquement, les abcès iliaques donnent l'attitude des psoïtes, avec immobilisation de la cuisse en flexion sur le bassin.

Il faut les ouvrir par une incision qui est parallèle à l'arcade crurale.

Calcul de la prostate. (En collaboration avec M. le docteur Lacassagne). *Société des Sciences Médicales*, 16 avril 1913 (N° 206).

Le calcul de la prostate, qui fait l'objet de cette communication, a été observé chez un rétréci, qui fut cystostomisé deux fois pour calculs vésicaux. En réalité, la prostate n'a pris aucune part à la formation de ce calcul. Il s'est développé dans un diverticule de l'urètre, ce diverticule se trouvant, dans le cas présent, une glandule prostatique dilaté. Et ce cas n'est, au fond, qu'un cas banal de lithiase en arrière d'un rétrécissement.

Ponctions de la vessie chez un prostatique. Phlegmon prévésical. Mort. *Société des Sciences Médicales*, 5 juillet 1899 (N° 207).

Cette observation est une preuve de la prudence avec laquelle doivent être conduites ces ponctions chez certains malades, en particulier chez les infectés.

Dans le cas présent, il s'agissait d'un cultivateur de 63 ans, atteint, depuis un an, de gêne de la miction et de pollakiurie, puis de fièvre urineuse. Les accidents de rétention dataient de 40 jours. Le malade urina par regorgement pendant vingt jours, puis fut ponctionné à son domicile. Son état s'aggravant et le cathétérisme restant impossible, il fut cystotomisé à l'Hôtel-Dieu.

La cystotomie d'urgence n'empêcha pas l'évolution des accidents infectieux qui emportèrent le malade sept jours plus tard. Ces accidents consistaient en un phlegmon prévésical qui s'explique facilement si l'on songe que l'urine suintait constamment par l'orifice de ponction ; il occupait la cavité de Retzius et s'étendait avec elle jusqu'aux échancrures sciatiques.

Il y avait, en même temps, de la cystite et surtout de la néphrite ascendante, avec petits abcès dans le rein.

La prostate était hypertrophiée en totalité.

Nouvelles observations de cystotomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique. *Gazette Hebdomadaire*, 12 novembre 1899 (N° 208).

Au cours de l'année scolaire 1898-1900, nous avons recueilli quinze observations de cystotomie sus-pubienne pratiquée dans le service de M. le professeur Poncet pour des accidents d'origine prostatique.

Deux concernent des néoplasmes de la prostate. Le cathétérisme chez ces malades était difficile; la sonde à demeure, irritant mécaniquement la glande, hâtait l'évolution de la lésion. La cystostomie fut l'analogue de l'anus contre nature dans les tumeurs de l'intestin.

Les treize autres concernent des malades atteints d'hypertrophie prostatique.

Prostatectomie par voie transvésicale (En collaboration avec M. le docteur Delore). *Société des Sciences Médicales*, 21 février 1905 (N° 209).

Présentation d'un malade.

L'hypertrophie dite sénile de la prostate peut-elle apparaître chez de vieux rétrécis de l'urètre? (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Congrès international de Médecine*, Londres, 1913. (N° 210).

La coexistence de l'hypertrophie prostatique et du rétrécissement est rare, et nous n'en avions trouvé, en 1913, que 6 cas dans les archives de la Clinique. Le nombre élevé des autres cas d'hypertrophie nous conduit à admettre qu'un rétrécissement ancien gêne le développement ultérieur de l'hypertrophie. Celà est dû à ce que, dans les suppurations chroniques et abondantes de la prostate, il s'est fait une fonte purulente de la glande, une atrophie telle qu'on ne la sent plus au toucher rectal. Lorsque l'infection prostatique est atténuée, on voit, par un processus analogue, la prostate se scléroser progressivement. C'est ce tissu de sclérose qui empêche ultérieurement le développement de l'adéno-fibrome.

Prostatectomie chez un malade ayant subi antérieurement le forage de la prostate. *Société des Sciences Médicales*, 28 juin 1922 (N° 211).

Cette prostate, qui fut enlevée par prostatectomie, était uniformément hypertrophiée et présentait

un petit lobe médian. Par contre, il ne reste aucune trace de la tentative de forage. Cette observation s'ajoute donc à toutes celles rapportées par Legueu, Marion, Cathelin, etc.

Valeur de la prostatectomie partielle *Société de Chirurgie*, 5 juin 1913 (N° 212).

Réflexions sur quelques cas de prostatectomie partielle (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Revue clinique d'Urologie*, novembre 1913 (N° 213).

La prostatectomie partielle, première étape de la prostatectomie totale, fut pratiquée de deux façons différentes; les uns, par la voie périnéale, ont fait une résection cunéiforme de la glande; les autres, par voie transvésicale, ont enlevé un lobe moyen plus ou moins pédiculé. C'est à cette seconde opération que l'on pense actuellement lorsqu'on parle de prostatectomie partielle. A l'heure présente, lorsqu'on a à faire à une hypertrophie de la prostate, avec ou sans lobe médian pédiculé, il ne saurait être question d'une prostatectomie partielle; mais il n'en est plus de même lorsque l'hypertrophie se borne à un fibrome pédiculé, sans autre altération de la glande. Nous en avons rapporté 7 observations, dont 4 ont été suivies assez longtemps. Un seul cas est resté guéri; pour les autres, on a observé une fois une récidive locale et deux fois une hypertrophie ultérieure de la glande. La prostatectomie partielle n'a donc que des indications d'exception, chez des sujets affaiblis avec lésion insignifiante du reste de la glande; la prostatectomie totale est la véritable opération à pratiquer.

Reproductions fibromateuses après la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate. *Société de Chirurgie*, 18 juin 1925 (N° 214).

Il s'agit d'un malade réopéré dix-huit ans après une prostatectomie partielle (ablation par voie transvésicale des nodules intra-prostatiques), et d'un autre malade réopéré quatre ans après une prostatectomie qui aurait été totale (?). Ces récidives sont constituées par des tumeurs bénignes; ce ne sont pas des récidives au sens propre du mot, mais la continuation d'un processus pathologique enlevé incomplètement une première fois.

Quelques résultats éloignés de la prostatectomie. *Congrès français d'Urologie*, 1920 (N° 215).

Cette courte note a en vue les accidents post-opératoires et les résultats éloignés.

Comme accidents éloignés, sur 17 cas, on compte 4 fistules et 6 cas de calculose. Les fistules nécessitent souvent leur fermeture sous anesthésie locale; les calculs, leur broiement s'ils sont intra-vésicaux; la taille périnéale s'ils occupent la loge prostatique.

Les résultats éloignés sont excellents; la rétention incomplète chronique par parésie de la vessie est très exceptionnelle.

Quelques cas de cicatrisation vésicale retardée après la prostatectomie sus-pubienne. (En collaboration avec M. le docteur Lacassagne). *Journal d'Urologie*, mai 1913 (N° 216).

On peut dire qu'il y a cicatrisation retardée chez un prostatique, lorsque la plaie vésicale n'est pas fermée au bout de quatre à six semaines, c'est-à-dire à partir du moment où un revêtement cutanéo-muqueux tapisse le trajet vésico-cutané. Nous en avons rapporté six cas. Souvent, il s'agit d'infection vésicale et de lithiase secondaire. Parfois, il s'est fait un diaphragme au niveau de l'urètre prostatique, par vice de reconstitution de celui-ci. Il faudra donc lever ces divers obstacles en même temps que l'on réséquera le trajet cutanéo-vésical et que l'on refermera la vessie. Le traitement sera surtout un traitement préventif ; ce sera une technique bien réglée de la prostatectomie.

Deux cas d'infiltration d'urine d'origine prostatique (En collaboration avec M. le docteur Michel). *Archives générales de Chirurgie*, avril 1912 (N° 217).

De même que l'infection des glandes de Cowper ou de Littre amène au périnée les accidents infectieux désignés sous le nom d'infiltration d'urine, de même une infection partie des glandules prostatiques peut déterminer des fusées périnéales à allure d'infiltration d'urine. A l'appui de ce dire figurent 2 observations. Ces cas méritent d'être mis en vedette, car seul le toucher rectal empêche de les confondre avec une banale infiltration d'urine.

Infiltration ligneuse de la loge prostatique chez un ancien prostatectomisé. Dysurie et rétention (En collaboration avec M. le docteur Creyssel). *Société française d'Urologie*, 1924 (N° 218).

Un homme de 73 ans subit, huit ans auparavant, une prostatectomie pour adénome prostatique. Sept ans plus tard, il commença à présenter de la dysurie et de la pollakiurie, puis une rétention aiguë d'urine. L'examen direct et la cystoscopie ne montrèrent rien de bien précis. Le malade fut cystostomisé et a conservé, malgré son opération, une fistule sus-pubienne permanente.

L'examen histologique d'un fragment prélevé dans l'entonnoir prostatique, au cours de l'intervention, a montré qu'il s'agissait d'une masse inflammatoire et non pas d'un néoplasme.

Il est rare d'observer pareille complication à la suite d'une prostatectomie. Cette observation se rapproche des faits décrits par Legueu et Rochet dans leur étude sur les cellulites périvésicales et pelviennes, après certaines cystostomie ou prostatectomies sus-pubiennes. Ce sont, ou bien des infections de la prostate restante, ou bien des lymphangites chroniques.

Un cas intéressant de cancer prostatique (forme abcédée, prostatectomie, autopsie au bout d'un an) (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 février 1907. (N° 219).

Les suppurations apparentes ou latentes au cours de l'hypertrophie de la prostate sont, à l'heure actuelle, bien connues ; elles doivent être rares au cours des cancers de cet organe, puisque nous n'avons pu en rencontrer aucune autre observation dans la littérature. Le cas qui fut l'objet de ce travail concerne un homme de 61 ans, qui fut pris brusquement de rétention d'urine, et dut être sondé pendant trois

semaines; le malade avait parfois un peu de température; la prostate était tendue, volumineuse, douloureuse à la pression. La persistance des accidents de rétention, des signes d'infection prostatique, firent décider une prostatectomie par la voie périnéale.

L'opération ayant montré que la prostate était transformée en une énorme poche purulente, avec une coque épaisse seulement de quelques millimètres, on n'enleva pas la paroi et l'on se contenta d'ouvrir la poche largement, les exemples d'Albarran et Saint-Céne ayant établi qu'en pareil cas le résultat était souvent aussi bon que si la prostatectomie avait été faite.

Mais les troubles urinaires persistant, le malade fut prostatectomisé trois semaines aprés. L'examen histologique montra un épithélioma tubulaire de la prostate et non une simple hypertrophie.

Le malade est mort, un an après, de généralisation, avec récidive sur place insignifiante.

Un nouveau cas d'abcès latent de la prostate au cours d'un cancer de cet organe (En collaboration avec M. le professeur Rochet). *Lyon Chirurgical*, avril 1912 (N° 220).

Les abcés au cours des cancers, abcès latents, masquant le néoplasme, sont des complications rares de ces tumeurs; une observation analogue avait cependant été publiée par nous antérieurement.

Ce second malade avait présenté brusquement de la rétention d'urine, avec urines glaireuses et purulentes; de la température; il fut cystostomisé pour mettre fin à sa dysurie. Si les signes au début avaient été ceux d'un abcés latent de la prostate, on vit, en deux mois, évoluer une dégénérescence maligne typique de la glande.

Cancer de la prostate. Prostatectomie précoce. Récidive rapide. *Société de Chirurgie*, 14 décembre 1911 (N° 221).

Chez un homme de 70 ans, atteint de dysurie, on trouvait une prostate indurée et l'examen cystostopique montrait des bosselures soulevant la muqueuse vésicale. Cette prostate fut enlevée par voie suspubienne avec les vésicules séminales qui lui adhéraient. L'examen histologique confirma le diagnostic clinique du néoplasme. A ce propos, nous avons rappelé: la fréquence des cancers de la prostate; les difficultés du diagnostic qui sera basé surtout: sur l'induration de la prostate, l'absence de délimitation nette de cette glande, la constatation des bosselures soulevant la muqueuse vésicale. Dans les cas douteux, l'examen histologique de la glande enlevée s'impose.

Difficultés diagnostiques et dangers opératoires dûs aux vésiculites chez les prostatiques. *Association française d'Urologie*, octobre 1913 (N° 222).

La vésiculite des prostatiques existe seule, sans lésions concomitantes, ou coexiste avec une orchite. Lorsqu'une périvésiculite est venue souder les vésicules à la vessie, l'aspect des lésions peut en imposer pour une dégénérescence néoplasique de la prostate. L'aspect uniforme de cette dernière glande, sa souplesse et son élasticité et, d'autre part, l'absence de bosselures sur les vésicules, sont en faveur d'une lésion bénigne de la prostate avec vésiculite concomitante. Nous en rapportons une très belle observation.

Ces vésiculites, par les adhérences qu'elles provoquent, rendent plus laborieuse la prostatectomie. Elles exposent davantage à l'infection, non seulement sur place, mais à distance, en particulier au niveau du poumon et rendent le pronostic opératoire un peu plus réservé.

Cancer de la vésicule séminale gauche avec intégrité apparente de la prostate. *Société française d'Urologie*, 21 décembre 1925 (N° 223).

Si, d'ordinaire, les cancers des vésicules séminales forment deux masses néoplasiques, surmontant une prostate néoplasique et prenant l'aspect d'une « tête de taureau », il en était bien différemment chez le malade qui fit l'objet de cette communication. Chez lui, il existait surtout des troubles vésicaux: pollakiurie, puis hématurie, enfin rétention. La prostate, légèrement augmentée de volume, était surmontée d'une grosse vésicule séminale gauche, dure, bosselée, irrégulière. Le malade fut d'abord cystostomisé à cause de sa rétention; trois mois plus tard, on découvrit la prostate par la voie périnéale; elle ne fut pas enlevée, car elle n'était pas hypertrophiée; la vésicule gauche fut incisée et drainée, car elle paraissait atteinte de simple vésiculite chronique. C'est l'examen des fongosités qui montra la nature néoplasique de la lésion. On a nié les cancers primitifs de la vésicule et prétendu qu'il y avait toujours alors un cancer latent de la prostate. L'évolution des lésions dans ce cas nous montrera s'il est permis d'avoir une opinion aussi absolue.

Brûlure du prépuce par ypérite, phimosis cicatriciel consécutif. *Société Médico-chirurgicale de la XIVe Région*, 8 février 1919 (N° 224).

Les brûlures des téguments par ypérite, les cicatrices indurées qu'elles peuvent laisser, sont d'observation banale. La brûlure du prépuce a été rarement signalée. Nous l'avons rencontrée sur un chasseur qui, après un violent bombardement par des obus à ypérite, avait eu un peu de conjonctivite, une légère réaction pulmonaire et des brûlures assez marquées des aisselles, de la face interne des cuisses et des jambes et du scrotum. Aux jambes, les lésions mirent deux mois à se cicatriser; le prépuce fut cicatrisé en un mois, mais il se constitua un phimosis, avec œdème dur des téguments. Une circoncision fut faite le 10 décembre 1918. De tels faits sont rares. Pousson en avait signalé 2 cas en 1918.

Un cas de pénitis traité par la dérivation temporaire de l'urine. *Société de Chirurgie*, 27 avril 1922 (N° 225).

De la dérivation des urines dans les suppurations circonscrites et rebelles du gland et des corps caverneux (pénitis) (En collaboration avec le docteur de ROUGEMONT). *Journal d'Urologie*, septembre 1922 (N° 226).

Les lésions que nous avons étudiées sous le nom de pénitis sont des lésions profondes, sous-aponévrotiques. Les unes sont des lésions diffuses, analogues à celles de l'infiltration d'urine; les autres sont des abcès limités, superposables aux abcès urineux du périnée; ces derniers forment des poches à bords taillés

à pic dans un tissu scléreux, et, d'autre part, le passage de l'urine dans leur intérieur y entretient l'infection, et la persistance de fongosités chair d'huître. Dans un certain nombre de cas, l'incision large de ces abcès, le curettage de la poche suffisent à amener la guérison des accidents. Dans les cas rebelles, la dérivation périnéale de l'urine nous a paru supprimer une cause d'infection permanente de ces poches, c'est-à-dire hâter la guérison. L'observation que nous avons publiée le 27 avril 1922 est la justification de cette manière de voir. Elle concerne un rétréci atteint de suppuration rebelle du gland qui est très volumineux induré, et présente plusieurs trajets fistuleux. Après dérivation des urines, nous avons curetté les trajets fistuleux et obtenu en un mois la guérison de lésions qui avaient résisté à plusieurs opérations antérieures, au point de pousser certains chirurgiens à conseiller une amputation de la verge.



Fig. 19. — Epithélioma sébacé de la verge.

Enorme épithélioma sébacé du pénis. *Société des Sciences Médicales*, 15 juin 1901 (N° 227).

Cette tumeur, dont la photographie ci-jointe montre les dimensions, avait débuté, quinze mois auparavant, sur la face interne du prépuce par un petit nodule papillomateux qui s'accrut progressivement.

Laissant intacte la partie antérieure du gland, elle forma, au-dessus de lui, une masse du volume du poing, infiltrant peu les corps caverneux et ne s'accompagnant que de petits ganglions.

Sa coloration, masquée par des exsudats purulents, des taches noirâtres de sang desséché, était jaunâtre, et son aspect rappelait, en tout point, les épithéliomas sébacés du cuir chevelu.

La nature sébacée de cette tumeur fut d'ailleurs confirmée par l'examen histologique.

L'évolution de ces lésions est plus bénigne que celle des épithéliomas ordinaires; aussi n'avons-nous pratiqué, chez ce malade, qu'une simple amputation du pénis.

Un cas de kyste séreux du périnée. *Association française d'Urologie*, 1924 (N° 228).

Ce kyste séreux, médian, bien délimité, remontait par son extrémité supérieur entre la prostate et le rectum vers le cul-de-sac de Douglas. Le contenu était séreux, sans globules blancs ni parasites. La paroi était conjonctive, sans revêtement épithéliale. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un lymphangiome kystique ou d'un kyste développé aux dépens du péritoine rétro-vésical; en tout cas, il s'agissait d'une tumeur nettement bénigne.

Vitriolage du mont de Vénus. Brûlures profondes avec eschares de cette région. Brûlures superficielles des organes génitaux externes. Guérison (En collaboration avec M. le professeur Patel). *Archives d'anthropologie criminelle*, 15 mars 1901 (N° 229).

Il s'agit d'un cas de vitriolage très curieux par son siège, et les recherches bibliographiques faites à ce sujet ne nous ont pas permis de retrouver d'observation analogue. La malade présentait une brûlure du mont de Vénus et de la face externe des grandes lèvres. L'évolution chirurgicale de la lésion fut des plus simples; c'est son intérêt médico-légal qui nous a engagé à publier ce fait.

Tumeur du vestibule chez une fillette de deux ans et demi. *Liber Memorialis du professeur Verhoogen*, 1929 (N° 230).

La fillette qui fut le point de départ de ce travail avait été opérée, à l'âge de 2 ans, d'un polype du vestibule qui fut, après examen histologique, considéré comme inflammatoire. Quatre mois après, elle avait une nouvelle tumeur, pédiculée, du volume d'une petite noix, se prolongeant le long de la paroi supérieure de l'urètre. Elle avait en outre et surtout une violente cystite, avec coli-bacilles dans l'urine. La tumeur ayant été extirpée, trois aiguilles de radium furent piquées en son point d'implantation. Quelques jours plus tard, la malade subit deux séances de radiothérapie (professeur Cluzet). Ce traitement intensif fut institué parce que l'examen histologique avait montré qu'il s'agissait d'un sarcome.

Une récidive rapide fut extirpée un mois après; un mois après, il fallut à nouveau intervenir; en même temps, dans le pli de l'aine droite, s'était développé un ganglion néoplasique du volume d'un œuf de poule qui fut enlevé. Mais l'enfant qui dépérissait à vue d'œil succomba peu après de généralisation péritonéale.

A propos de ce fait, quelques cas analogues ont pu être rassemblés; il s'agit de sarcome chez les enfants, de fibromes chez les adultes. Si ces derniers sont bénins, les premiers sont d'une malignité effrayante et emportent très rapidement la malade.

De pareilles tumeurs siègent sur la ligne médiane ; elles paraissent venir de la bandelette masculine, qui répond au corps spongieux de l'homme.

CHIRURGIE DES MEMBRES

Cent quinze cas de suture primitive ou secondaire des parties molles chez des fracturés (En collaboration avec M. le docteur Tuffier). *Société de Chirurgie de Paris*, 12 juin 1918 (N° 231).

Tous ces cas concernent de grands délabrements diaphysaires, opérés au Centre de fractures de la VI[e] Armée.

La suture primitive a été faite 88 fois, soit 20 fractures du fémur, 21 de jambe, 24 de bras et 23 de l'avant-bras. Les résultats éloignés ont été les suivants:

Fractures du fémur: 9 bonnes réunions, 8 désunions partielles ou totales, 4 raccourcissements, 3 résultats inconnus.

Fractures de jambe: 15 bonnes réunions, 6 désunions partielles ou totales, 2 raccourcissements.

Fractures de bras: 14 bonnes réunions, 9 désunions, 1 raccourcissement, 1 résultat inconnu.

Fractures de l'avant-bras: 14 bonnes réunions, 6 désunions, 3 résultats inconnus.

La suture secondaire a été faite 27 fois avec les résultats suivants:

10 fractures de bras: 6 réunions parfaites, 3 désunions, 1 résultat inconnu.

8 fractures de l'avant-bras: 4 réunions parfaites, 1 désunion, 3 résultats inconnus.

5 fractures de cuisse: 4 réunions parfaites, 1 résultat inconnu.

4 fractures de jambe: 3 réunions parfaites, 1 résultat inconnu.

La suture supprime l'infection secondaire avec toutes ses conséquences, et simplifie l'évolution des lésions osseuses en transformant la fracture ouverte en une fracture fermée. Le nombre des blessés qui peut en bénéficier varie suivant que l'on est ou non en période d'attaque, c'est-à-dire que la relève des blessés peut être faite plus ou moins rapidement.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Adénite extra-axillaire. Tuberculose infantile mutilante (En collaboration avec M. le professeur Patel). *Archives provinciales de Chirurgie*, 1[er] avril 1901 (N° 232).

Cette observation concerne une malade du service de M. le professeur Poncet, entrée pour une masse fluctuante de la région thoracique, située entre le mamelon et l'aisselle, et que l'examen clinique et les constatations au cours de l'intervention permettent de considérer comme une adénite extra-axillaire suppurée. Cette malade présentait, en même temps, des mutilations des doigts dues à de la tuberculose

infantile et dont la reproduction qui y fut jointe montrait bien la disposition. La multiplicité des lésions et surtout leur étendue donnent à ce cas un intérêt particulier.

Epithélioma développé aux dépens des téguments de l'avant-bras. *Société de Médecine*, 17 mars 1902 (N° 233).

Présentation d'une femme de 74 ans portant une ulcération de la largeur d'une pièce de 5 francs, et limitée exactement aux téguments; la longueur de son évolution, l'absence d'accidents antérieurs, l'échec du traitement spécifique firent rejeter l'idée d'une gomme, et rattacher cette lésion au groupe désigné parfois sous le nom d'*ulcus rodens*.

Désarticulation interscapulo-thoracique. *Société des Sciences Médicales*, 29 avril 1903 (N° 234).

Nous avons eu l'occasion de pratiquer cette intervention chez un malade atteint de névrome du radial, qui avait subi successivement une ablation partielle de sa tumeur, puis une désarticulation de l'épaule. Une récidive dans les ganglions axillaires nécessita notre intervention qui eut, d'ailleurs, des suites extrêmement simples.

Au niveau des membres, nous n'avons rencontré qu'une fois l'actinomycose.

Panaris actinomycosique de l'annulaire droit. *Société de Médecine*, 24 février 1902 (N° 235), et *Presse Médicale*, 16 septembre 1903 (N° 236). Malard, thèse de Lyon, 1903-1904.

Il s'agissait d'un charpentier qui s'était piqué, avec un petit morceau de bois, à la face interne du doigt. Celui-ci devint bientôt le siège, d'abord de phénomènes douloureux, puis d'une série de petites masses jaunâtres soulevant les téguments. Pas de gêne marquée des mouvements, pas d'infection du système lymphatique correspondant. L'examen des masses jaunâtres ayant montré leur nature actinomycosique, le doigt fut curetté et le malade soumis au traitement ioduré.

Nous avons profité de la circonstance pour réunir quelques cas d'actinomycose des membres.

Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse. *Société de Médecine*, 30 novembre 1903 et 21 janvier 1904, et *Médecine Moderne*, 24 février 1904 (Clinique du professeur Poncet (Nos 237, 238 et 239).

Chez nos deux malades, une intervention était nécessitée par la déformation, la gêne fonctionnelle considérable, et des fragments des tissus rétractés ont pu, de la sorte, être prélevés.

Ils ont permis d'incriminer la nature tuberculeuse de cette rétraction fibreuse.

MEMBRE INFÉRIEUR

Fractures multiples du bassin. *Société des Sciences Médicales*, 11 février 1903 (Nº 240).

Ce malade, chauffeur au P.-L.-M., chez lequel nous avions dû pratiquer une cystotomie pour une rupture complète de l'urètre, et qui mourut de choc 48 heures après son accident, présentait une fracture du pubis, une fracture verticale du sacrum et une fracture horizontale de l'aile iliaque. Ce type s'est retrouvé plusieurs fois à Lyon ; l'accident se produisait au même endroit, au dépôt des machines, toujours dans des conditions analogues, tenant à la disposition des lieux et à l'imprudence des chauffeurs pendant les manœuvres.

Fractures simples et limitées de la cavité cotyloïde. *Revue d'Orthopédie*, 1er mai 1904. (Nº 241).

Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde. *Revue de Chirurgie*, février 1904 (Nº 242).

Ces deux études, l'une clinique, l'autre expérimentale, ont pour point de départ deux observations de fracture limitée du fond de la cavité cotyloïde et recueillies dans le service de M. Poncet. Ces fractures, par leur symptomatologie, n'ont rien de commun avec les fractures du bassin ; elles ressemblent à une simple contusion de la hanche ou à une fracture du col. Elles sont caractérisées par la diminution de la distance qui sépare le trochanter de l'épine iliaque antéro-supérieure, la présence d'une ecchymose nummulaire et isolée au sommet des bourses. Par le palper abdominal, et surtout par le toucher rectal ou vaginal, on reconnaît l'existence d'un trait de fracture ou d'une saillie anormale vers le fond de la cavité cotyloïde. On les reproduit expérimentalement en frappant sur le grand trochanter, lorsque la jambe est en extension ; la substitution au fémur d'un fémur en buis rend l'expérimentation plus facile.

Si la jambe est en flexion, on obtient un type qui reproduit celui décrit, il y a quelques années, par M. Walther.

Chez les enfants, on détermine une disjonction juxta-épiphysaire. D'un diagnostic délicat, nécessitant une radiographie, ces fractures ont d'ordinaire une évolution simple. Le repos au lit, l'extension continue, parfois la réduction de fragments saillants faite par le toucher rectal donnent une guérison assez rapide. Malheureusement, il persiste souvent un certain degré d'arthrite qui assombrit le pronostic éloigné.

KONTOROWITCH. — *Contribution à l'étude des fractures du bassin. Fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde.* Thèse de Lyon, 1902-1903.

Gomme syphilitique de la fesse. *Société des Sciences Médicales*, 19 juillet 1899 (Nº 243).

Fractures sus-condyliennes du fémur chez l'enfant (En collaboration avec M. le professeur BÉRARD). *Société de Chirurgie*, 22 décembre 1904 (No 244).

Il s'agit de trois cas qui furent traités par la traction continue combinée à l'immobilisation du membre en extension. On obtint une guérison à peu près parfaite, bien qu'on eut à faire, à des titres divers, à des fractures particulièrement graves.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un garçon de neuf ans et demi, atteint de fracture fermée, et envoyé à l'hôpital quarante jours après l'accident; le redressement fut possible sans anesthésie.

Le second malade était un enfant de quatre ans et demi, atteint de fracture pathologique, dans un foyer d'ostéomyélite chronique d'emblée; il fallut d'abord drainer le foyer, retirer les séquestres. Les fragments furent coaptés sans suture.

Le troisième était un enfant de douze ans, atteint d'écrasement du membre par la roue d'un camion; il y eut fracture compliquée, avec hydro-hémarthrose du genou. Désinfection de la plaie, réduction sans anesthésie, drainage; plus tard, autoplastie pour combler la perte de substance des téguments. Guérison avec mouvements du genou atteignant l'angle droit.

Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du genou. *Société des Sciences Médicales*, 12 juillet 1897 (No 245).

Les pièces qui furent présentées étaient caractérisées par l'intégrité du cartilage de revêtement articulaire qui contrastait avec la diffusion des lésions autour de lui. Cette disposition explique le bon fonctionnement des jointures en pareil cas, malgré l'étendue des lésions osseuses.

Ecrasement sous-cutané des vaisseaux fémoraux par contusion de la cuisse. — Gangrène du membre inférieur. *Bulletin Médical*, 28 avril 1900 (No 246).

Cette étude eut pour point de départ le cas d'un malade entré dans le service de M. le professeur Poncet pour un traumatisme de la face interne de la cuisse avec plaie superficielle au-dessus du condyle interne, qui avait été suturée, puis infectée.

Le malade présentait une gangrène du pied qui était survenue quelques jours après et un abcès développé sous la ligne de suture.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée par M. le professeur agrégé Bérard. L'examen des pièces montra, au niveau du creux poplité, une déchirure incomplète de l'artère, oblitérée par un caillot sur une longueur d'un centimètre, et une déchirure incomplète de la veine dont la lumière était restée perméable.

On ne pouvait donc incriminer, pour expliquer la gangrène, la compression des vaisseaux par un hématome, ni l'existence de lésions veineuses avec gêne de la circulation en retour.

Il nous a semblé que l'infection avait joué ici un grand rôle. L'infection agit par ses toxines ou par ses embolies septiques sur un membre mal nourri et mal innervé. Or on sait que, lorsque les microbes les plus divers sont suffisamment virulents ou existent dans les tissus en état de moindre résistance, ils peuvent déterminer de la gangrène.

Nous avons appelé l'attention sur le soin qu'il faut apporter à dépister ces phénomènes gangréneux, car on a toujours une tendance à les méconnaître et à porter un pronostic favorable, à cause de la bénignité apparente des lésions.

Au point de vue de la thérapeutique, puisque l'infection favorise notablement le développement du sphacèle, il faudra, à tout prix, empêcher qu'elle se produise. De là, la nécessité, non pas de bien drainer ces plaies après les avoir suturées, mais de les panser à plat, de ne pas faire de suture, car la chirurgie à ciel ouvert s'impose dans le traitement des plaies infectées, et l'expérience clinique nous apprend chaque jour qu'il faut considérer comme infectée toute plaie accidentelle, qu'elle soit récente ou qu'elle date de quelques jours.



Fig. 20. — Myxolipome de la cuisse.

Cancer fémoral en cylindre. Ostéosarcome bipolaire diffus du fémur chez un adulte. *Gazette des Hôpitaux*, 23 avril 1901 (N° 247).

Cette tumeur, à évolution très maligne, rappelait par sa forme un cancer sous-périostique diffus du fémur gauche publié par M. Rollet en 1889.

Sa disposition était calquée sur celle de l'ostéomyélite bipolaire.

Les myxolipomes de la cuisse (En collaboration avec M. le professeur Patel). *Gazette des Hôpitaux*, 22 juin 1901 (N° 248).

Sous le nom de myxolipomes de la cuisse, on groupe toute une série de tumeurs de cette région dans lesquelles on retrouve le tissu conjonctif avec toutes ses variétés: tissu adipeux, tissu fibreux, tissu muqueux; ces tissus revêtent parfois leur forme embryonnaire, d'où la dégénérescence sarcomateuse fréquente de ces tumeurs.

D'une évolution lente, elles arrivent à acquérir un volume considérable, à s'infiltrer entre les muscles; ceci explique les difficultés et les dangers de leur extirpation. La plaie anfractueuse qui succède à l'opération s'infecte avec la plus grande facilité, aussi la mortalité était jadis effrayante.

Les opérations sont souvent incomplètes, et la récidive est fréquente.

Leur pronostic, en raison de toutes ces causes, reste réservé, et l'on conçoit qu'elles demandent une intervention hâtive.





Fig. 21. — Ankylose angulaire du genou.



Fig. 22. — Résultat fourni par l'ostéoclasie.

Morbus coxae senilis d'origine tuberculeuse. *Gazette des Hôpitaux*, 24 mai 1903 (Clinique du professeur Poncet) (N° 249).

Travail rattachant à la tuberculose inflammatoire certains cas de morbus coxæ senilis.

Ankylose du genou à angle droit à la suite d'une résection pour arthrite post-rubéolique. Ostéoclasie. *Revue d'Orthopédie,* septembre 1902. (Nº 250).

Le malade qui fut le point de départ de ce travail est un des nombreux exemples des soins prolongés à donner aux enfants chez lesquels on a pratiqué la résection du genou. La résection de son genou datait de douze ans. L'ostéoclasie fut pratiquée chez lui de préférence à l'ostéotomie linéaire, parce qu'elle produit une fracture fermée, par suite un peu plus bénigne que la fracture ouverte qui suit l'ostéotomie. Nous en avons profité pour rappeler les avantages de l'ostéoclasie en pareille occurence, surtout d'une ostéoclasie suivie d'un redressement progressif pour éviter des lésions vasculo-nerveuses. Nous n'avons opposé à l'ostéoclasie que l'ostéotomie linéaire, les ankyloses à angle aigu n'étant, à notre avis, justiciables que d'une ostéotomie cunéiforme ou d'une résection.

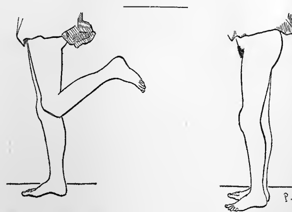


Fig. 23. — Ankylose angulaire du genou.

Fig. 24. — Résultat obtenu par l'arthroclasie.

Ankylose osseuse angulaire du genou gauche consécutive à une arthrite purulente d'origine puerpérale. — Arthroclasie. — Redressement lent. *Revue d'Orthopédie,* 1er juillet 1903 (Nº 251).

L'ankylose de cette malade datait de dix-huit mois et la photographie ci-jointe en montre le degré. Le redressement manuel échoua complètement. Avant d'en arriver à une intervention sanglante, on tenta de faire une arthroclasie avec l'ostéoclaste de Robin, et l'on arriva, au bout de trois séances, au résultat que montre notre second schéma.

Nous avons profité de la circonstance pour rappeler les avantages de l'arthroclasie et les précautions

à prendre pour éviter certains accidents, en particulier la luxation du tibia en arrière, au cours des manœuvres de redressement.

Au niveau du genou, nous avons recherché le processus de tuberculose inflammatoire, moins sur la jointure même où ils sont des plus fréquents, que sur les bourses séreuses qui l'avoisinent, en particulier sur les bourses séreuses du creux poplité.

Kyste du creux poplité de nature tuberculeuse. *Annales Médico-Chirurgicales du Centre*, 3 janvier 1904 (clinique du professeur Poncet) (N° 252).

Kyste du creux poplité de nature tuberculeuse. *Bulletin Médical*, 2 mars 1904 (N° 253).

Ces deux travaux concernent 3 cas où les lésions existaient chez des tuberculeux et paraissaient relever nettement de la tuberculose, qui commençait à se manifester d'ailleurs dans l'articulation du genou. Il est de notion ancienne que le kyste du creux poplité peut exister en même temps qu'une tuberculose du genou ou la précéder de peu. La connaissance de la tuberculose inflammatoire accroît notablement le nombre des faits de ce genre, et évitera, par la suite, au chirurgien et à son malade, de nombreux déboires.

Astier. — *Kystes du creux poplité d'origine tuberculeuse.* Thèse de Lyon, 1903-1904.

Anévrysme artériel poplité; gangrène du membre inférieur à évolution rapide; amputation de cuisse. *Société des Sciences Médicales*, 25 mai 1904 (N° 254).

Il s'agit d'un malade qui se plaignait depuis deux ans de douleurs vives dans les jambes; brusquement il fut pris d'une douleur intense, suivie de gangrène de l'avant-pied. A son entrée à l'hôpital, le segment inférieur de la jambe commençait à se sphacéler. L'examen du creux poplité révélant un anévrysme fusiforme, nous avons pratiqué, chez cet homme, une amputation de la cuisse.

Double pied plat valgus douloureux invétéré d'origine tuberculeuse. *Société de Médecine*, 4 décembre 1905 (N° 255).

Tarsalgie des adolescents de nature tuberculeuse. *Revue d'Orthopédie*, 1er mars 1905 (N° 256).

Tarsalgie de l'adolescence d'origine tuberculeuse. *Revue d'Orthopédie*, 1er septembre 1906 (N° 257).

Tarsalgie des adultes d'origine tuberculeuse (En collaboration avec M. le docteur Gauthier). *Revue d'Orthopédie*, 1er juillet 1905 (N° 258).

De l'étude successive de 5, de 3, puis de 2 malades, corroborée, lorsque cela fut possible, par des recherches histologiques, il nous a paru découler que la surcharge n'est, dans la pathogénie du pied plat, qu'une cause localisante, une cause prédisposante de tout premier ordre. Elle fixe, sur un point faible de l'organisme, un processus infectieux, qui peut être la tuberculose, la blennorragie, le rhumatisme, etc., et qui détermine une ostéo-arthrite chronique du pied. Au surplus, M. le Professeur Kirmisson avait déjà

établi que, chez les jeunes enfants, la tarsalgie n'existe pas; c'est une apparence symptomatique, qui masque l'évolution d'une tuberculose grave. Quoi d'étonnant, par conséquent, que le pied plat valgus douloureux soit, plus tard, la manifestation d'une tuberculose inflammatoire ? Cette pathogénie se retrouve quel que soit l'âge du sujet. L'évolution bénigne des accidents tuberculeux rend, chez de tels malades, le diagnostic étiologique très délicat, et il faut un interrogatoire minutieux, parfois même l'emploi des méthodes de laboratoire, pour dépister la véritable nature de la malade.

Note sur deux cas de fibro-myomes de la peau (En collaboration avec M. le Docteur Adenot). *Société de Médecine*, 17 mars 1902, et *Archives provinciales de Chirurgie*, octobre 1903 (Nos 259 et 260).

Les deux observations que nous avons rapportées concernent deux tumeurs incluses dans la peau et mobiles avec elle, que l'examen microscopique montra être deux fibro-myomes. Leur histoire, leur évolution, l'acte opératoire qu'elles nécessitèrent furent d'ailleurs des plus classiques.

Elongation du sciatique poplité externe et résection du saphène externe pour un ulcère traumatique récidivant de la jambe droite à forme névralgique. — Guérison. *Gazette des Hôpitaux*, 4 février 1902. (nº 261)

Gangrène gazeuse bénigne du membre inférieur droit. *Gazette des Hôpitaux*, 6 avril 1901 (Nº 262).

Après un écrasement du pied par roue de vagon, le malade que nous avons eu l'occasion d'opérer, dans le service de M. Poncet, présentait une gangrène aiguë du pied et une infiltration gazeuse remontant jusqu'à la hauteur de la cuisse; il refusait toute amputation. Les gaz et la sérosité furent évacués par de larges incisions, et le malade fut pansé à plat.

Plus tard, on fit une amputation du pied au tiers inférieur. La guérison doit être mise sur le compte de la mise à l'air des foyers atteints, des irrigations abondantes à l'eau oxygénée, et aussi de la faible virulence du microbe. Celui-ci offre, à cet égard, les mêmes variations que celui de la pustule maligne; c'est ce qui explique la multiplicité des moyens qui ont pu être couronnés de succès.

De Kmabon. *De la gangrène gazeuse bénigne.* Thèse de Lyon, 1901-1902.

Ectrodactylie des mains et des pieds (En collaboration avec M. le professeur Mouriquand). *Revue d'Orthopédie*, mai 1907 (Nº 263).

Les déformations dites en pince de homard atteignent rarement, à la fois, les mains et les pieds. C'est à ce titre que nous en avons rapporté une observation nouvelle, plus complexe encore que les cas antérieurs de Roucayrol, de Jayle et Jarvis, etc. Ces lésions qui ne sont pas absolument symétriques consistent, pour les mains, en une absence des deuxième et troisième doigts, le métacarpien seul s'étant déve-

loppé; pour la main gauche, le troisième métacarpien présente une phalange qui, à la façon d'une jetée osseuse, vient s'articuler avec la base du quatrième doigt.

Les lésions des pieds se traduisaient par l'absence de ces mêmes doigts.

Notons que, chez ce malade, il n'existe aucune autre malformation (spina bifida, etc.), aucune affection chez les ascendants qui puisse expliquer le développement de ces lésions.

OBSTÉTRIQUE

Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques. Thèse de Lyon, 1898-1899 (N° 264).

Cette étude, basée sur les observations de M. Fochier, sur les expériences faites sur les bassins mis à notre disposition par MM. Fochier et Tripier, sur les observations recueillies dans la littérature médicale, a pour objet l'influence des déformations pelviennes sur le mécanisme de l'accouchement.

Elle nous a permis de superposer les bassins asymétriques aux bassins symétriques, et de montrer que, d'une façon générale, l'engagement doit se faire suivant le diamètre oblique le plus court.

Nous nous sommes attachés aussi à déterminer le degré de l'asymétrie par les pelvimétries interne et externe, par l'examen du losange de Michaelis, et à montrer l'importance d'un procédé qui venait d'éclore, l'étude radiographique du bassin suivant la méthode de MM. Fochier et Fabre.

Actinomycose et grossesse. *Gazette des Hôpitaux*, 31 mai 1906 (N° 265).

Actinomycose et grossesse. *Revue de Chirurgie*, septembre 1906 (N° 266).

Trois malades que nous avons eu l'occasion d'observer dans les services du professeur Poncet et du professeur Fabre, trois autres que nous avons pu retrouver, nous ont permis d'établir les rapports entre l'actinomycose et la grossesse.

1° L'actinomycose n'exerce aucune action sur l'évolution de la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Ce que nous savons des toxines actinomycosiques l'explique d'ailleurs facilement.

2° La grossesse agit sur l'actinomycose en gênant son évolution, en atténuant sa marche. Dès que l'accouchement s'est produit, les lésions par contre paraissent recevoir un véritable coup de fouet.

Le traitement ne comporte pas d'indications particulières, mais il est nécessaire de l'appliquer d'une façon suivie, de le rendre plus intensif que ne paraît le nécessiter l'allure torpide de l'affection, de guérir la malade avant son accouchement; sinon, on l'expose à des complications qui peuvent être au-dessus de toute ressource thérapeutique.

Les observations de M. Poncet ont fait l'objet d'une leçon recueillie par nous et publiée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 31 mai 1906.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES PUBLICATIONS

La plupart des présentations de malades ou des articles écrits à leur sujet, l'ont été sous l'inspiration de nos maîtres dans les hôpitaux, en particulier de MM. les professeurs Fochier, Poncet, Fabre, Commandeur, Rochet et Bérard.

MONOGRAPHIES ET RAPPORTS AUX CONGRES

La Tuberculose des articulations, des gaines synoviales et des bourses séreuses, O. Doin, éditeur; Paris, 1910, (411 pages, 51 figures).

Les tumeurs para-néphrétiques. Encyclopédie française d'Urologie, t. III, O. Doin; Paris, 1914 (16 pages, 5 figures).

Les Kystes périnéphrétiques. Rapport au Congrès français de Chirurgie, 1919 (59 pages, 7 figures).

La vessie des néphrectomisés pour tuberculose rénale. Rapport au Congrès français d'Urologie, 1924 (104 pages, 7 figures).

ARTICLES ORIGINAUX ET COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES

I. ANATOMIE CHIRURGICALE ET PHYSIOLOGIE

1. Recherches sur l'hiatus de Farabeuf, in *Testut. Anatomie Descriptive.*
2. Les ganglions géniens. In Revue générale des Adénites géniennes *(Gazette des Hôpitaux,* 21 avril 1900)
3. Synoviales et gaines tendineuses du pied, in Thèse Gonot, Lyon, 1901-1902.
4. Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel. Etude anatomique *(Revue de Chirurgie,* 10 avril 1907).
5. Innervation du segment inférieur de l'uretère. *In* Urétérites pelviennes chroniques douloureuses *(Journal d'Urologie,* 1923).
6. Recherches expérimentales sur l'innervation de la vessie. En collaboration avec M. le professeur LATARJET) *(Société de Chirurgie,* 30 avril 1914).
7. Innervation du rein. *In* Enervation du rein pour néphralgie rebelle *(Congrès français d'Urologie,* 1922, et *Congrès International d'Urologie,* Rome, 1924).
8. Expériences et observations relatives à la greffe testiculaire chez le mouton. En collaboration avec MM. PORCHEREL et PERRAULT *(Réunion biologique de Lyon,* 19 novembre 1928).

II. PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

9. A propos des derniers travaux sur l'éthérisation et la chloroformisation *(Lyon Médical,* 30 mai 1903).
10. Technique de l'anesthésie générale (Chloroforme et éther) *(Lyon Médical,* 22 novembre 1903).
11. De l'actinomycose humaine en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années. En collaboration avec M. le professeur PONCET *(Académie de Médecine,* 9 juin 1903).
12. Actinomycose dans le Dauphiné *(Association française pour l'Avancement des Sciences,* 1904).
13. A propos de l'actinomycose humaine *(Lyon Médical,* 19 mai 1907).
14. Actinomycose et tuberculose. Réaction des actinomycosiques aux procédés de laboratoire employés pour le diagnostic de la tuberculose *(Congrès français de Chirurgie,* 1906).
15. Recherches sur la toxicité des cultures d'actinomycose et la présence de leurs produits solubles. En collaboration avec M. le professeur PONCET et M. LACOMME *(Académie de Médecine,* 16 avril 1907).
16. La botryomycose humaine (cinq nouvelles observations). En collaboration avec M. ALAMARTINE *(Lyon Chirurgical,* juillet 1909).
17. Le rhumatisme tuberculeux *(Gazette Médicale de Paris,* 12 décembre 1903).
18. Rhumatisme tuberculeux *(Société des Sciences Médicales,* 20 mai 1902).

19. Rhumatisme tuberculeux *(Société de Médecine,* 25 mai 1903).
20. Rhumatisme tuberculeux *(Société de Médecine,* 1er février 1904).
21. Rhumatisme tuberculeux familial *(Médecine Moderne,* 30 avril 1902).
22. Rhumatisme tuberculeux articulaire. Ankylose ostéo-fibreuse primitive du coude droit. Carie sèche de l'articulation de l'épaule droite (Clinique du professeur Poncet) *(Bulletin Médical,* 16 mars 1904).
23. Rhumatisme tuberculeux articulaire. Rhumatisme tuberculeux primitif. Rhumatisme tuberculeux secondaire *(Bulletin Médical,* 8 août 1903).
24. Etude comparée, chez l'homme et les animaux, des lésions tuberculeuses des articulations, des gaines tendineuses et des bourses séreuses (tuberculose spécifique et tuberculose inflammatoire) *(Revue de la tuberculose,* février 1910).
25. *La tuberculose des articulations, des gaines synoviales et des bourses séreuses,* O. Doin, 1910.
26. L'attraction et la fixation des organes malades à l'extérieur *(Lyon Médical,* 29 mai 1897).
27. La suppuration artificielle d'après la méthode de Fochier dans la pyohémie et autres maladies aiguës *(Lyon Médical,* 16 avril 1899).
28. De l'influence du bout portant sur la force de pénétration des projectiles. En collaboration avec M. le Médecin général Rouvillois *(Gazette des Hôpitaux,* 12 décembre 1905).
29. Des endothéliomes des os *(Revue de Chirurgie,* juin 1900).
30. Le plombage des os d'après la méthode de Mosetig Moorhof. En collaboration avec M. le professeur Bérard *(Revue d'orthopédie,* juillet 1904).
31. De l'oblitération des cavités osseuses pathologiques par la méthode du plombage de Mosetig Moorhof En collaboration avec M. le professeur Bérard *(Congrès de Chirurgie,* 1908).

III. TETE ET COU

32. Des adénites géniennes. Etude anatomique et clinique *(Gazette des Hôpitaux,* 21 avril 1900.
33. Sur les adénites géniennes *(Lyon Médical,* 17 juin 1900).
34. Les fractures compliquées de la région antérieure du crâne *(Archives générales de Chirurgie,* septembre 1909).
35. Gros kyste hydatique suppuré du cou *(Gazette des Hôpitaux,* 29 octobre 1901).
36. Des kystes hydatiques du cou *(Gazette des Hôpitaux,* 22 mars 1902).
37. Actinomycose cervico-faciale *(Société de Médecine,* 24 juin 1901).
38. Actinomycose primitive de la peau de la face *(Société de Médecine,* 22 juillet 1901).
39. Note sur deux cas d'actinomycose cervico-faciale *(Archives provinciales de Chirurgie,* janvier 1902).
40. Actinomycose cervico-faciale *(Société des Sciences Médicales,* 9 avril 1902).
41. Actinomycose cervico-faciale *(Société des Sciences médicales,* 16 avril 1902).
42. Deux actinomycoses cervico-faciales *(Gazette des Hôpitaux,* 1er juillet 1902).
43. Actinomycose cervico-faciale de forme courante *(Gazette des Hôpitaux,* 2 juillet 1903).
44. Actinomycose de la face *(Société de Médecine,* 15 juin 1903).

45. Actinomycose de la région angulo-maxillaire *(Société de Médecine,* 6 juillet 1903).
46. Actinomycose cervico-faciale. Nouvelles observations *(Archives provinciales de Chirurgie,* février 1904).
47. Trismus ou constriction actinomycosique des mâchoires *(Gazette des Hôpitaux,* 1er mars 1904).
48. Actinomycose de l'oreille *(Société de Médecine,* 4 mai 1903).
49. Actinomycose de l'oreille *(Société de Médecine,* 25 novembre 1903).
50. Actinomycose de l'oreille. En collaboration avec M. le docteur Rivière *(Revue de Chirurgie,* 10 janvier 1904).
51. Actinomycose de l'amygdale. Phlegmon cervical consécutif *(Société de Médecine,* 30 mai 1904).
52. L'actinomycose de l'amygdale *(Gazette des Hôpitaux,* 27 septembre 1904).
53. Actinomycose du sterno-cléido-mastoïdien *(Société de Médecine,* 19 novembre 1902).
54. Actinomycose suppuré du sterno-cléido mastoïdien (Syphilis et actinomycose) *(Archives provinciales de Chirurgie,* août 1903).
55. Tumeur de l'œsophage ayant envahi la trachée et le corps thyroïde *(Société des Sciences médicales,* 5 juillet 1899).

IV. CORPS THYROIDE

56. Thyroïtoxémie ou thyroïdisme aigu post-opératoire *(Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie,* 11 août 1901).
57. De la dysphagie après les opérations pour goitres *(Bulletin Médical,* 11 septembre 1901).
58. Note sur l'étiologie des goitres. En collaboration avec M. le professeur Bérard *(Société de Biologie,* 12 janvier 1907).
59. Les kystes congénitaux de la glande thyroïde *(Bulletin médical,* mai 1910).
60. Quatre cas de goître chez le nouveau-né. En collaboration avec M. le professeur Fabre *(Société de Chirurgie,* 21 mars 1907).
61. La congestion de la glande thyroïde chez le nouveau-né. En collaboration avec M. le professeur Fabre *(Annales des maladies de l'Enfance,* 1er mai 1908).
62. Goitre parenchymateux (adénome fœtal diffus) chez le nouveau-né. En collaboration avec M. le professeur Fabre *(Annales des maladies de l'Enfance,* juillet 1908).
63. Le goitre chez le nouveau-né. En collaboration avec M. le professeur Fabre *(Revue de Chirurgie,*1908)
64. Goitres et congestions de la glande thyroïde chez le nouveau-né *(L'Obstétrique,* février 1909).

V. SEIN. CAGE THORACIQUE. RACHIS

65. Galactophorite double traitée par l'expression *(Société des Sciences médicales,* 8 février 1899).
66. Sur le traitement de la galactophorite suppurée par l'expression du sein. En collaboration avec M. le professeur Commandeur *(Lyon Médical,* 28 mai 1899).

67. Contribution à l'étude de la maladie kystique de Reclus. Nature inflammatoire de cette affection. En collaboration avec M. le docteur ALAMARTINE *(Province Médicale*, 20 juin 1908).
68. Cancer du sein chez l'homme *(Société des Sciences Médicales*, 25 novembre 1903).
69. Enorme kyste dermoïde sous-cutané n'ayant apparu qu'à l'âge de 68 ans, et siégeant au-dessus de l'omoplate gauche *(Gazette des Hôpitaux*, 5 juin 1902).
70. Les abcès froids de la paroi thoracique d'origine articulaire. En collaboration avec M. le professeur TIXIER *(Lyon Chirurgical*, janvier 1910).
71. De l'actinomycose du cœur et du péricarde *(Bulletin Médical*, 30 mai 1903).
72. L'actinomycose du poumon et ses manifestations primordiales *(Archives générales de Médecine*, 1903).
73. Tuberculose inflammatoire du cœur et du péricarde *(Gazette des Hôpitaux*, 20 avril 1905).
74. De l'évolution spontanée et du traitement des plaies de poitrine par projectiles de guerre. En collaboration avec M. le docteur DUMAREST *(Lyon Chirurgical*, octobre 1915).
75. La suture des plaies de poitrine dans les cas de traumatopnée *(Réunion médicale de la Ve Armée*, 9 juin 1916).
76. La suture des plaies de poitrine dans les cas de traumatopnée. En collaboration avec M. le docteur TUFFIER *(Société de Chirurgie de Paris*, 29 novembre 1916).
77. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse *(Médecine moderne*, 19 août 1903).
78. Spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse *(Société de Médecine*, 1er février 1904).
79. Trois observations de spondylose rhizomélique de nature tuberculeuse *(Médecine moderne*, 1904).
80. Rhumatisme tuberculeux ankylosant à forme spondylo-rhizomélique *(Revue d'Orthopédie*, janvier 1901).

VI. PAROIS DE L'ABDOMEN. TUBE DIGESTIF. PÉRITOINE

81. Les hernies spontanées du repli semi-lunaire de Spiegel. En collaboration avec M. le docteur GABOURD *(Revue de Chirurgie*, avril 1907).
82. De quelques accidents pulmonaires après la pylorectomie. En collaboration avec M. le professeur BÉRARD *(Province Médicale*, 20 octobre 1906).
83. Des déchirures spontanées du mésentère au cours des hernies étranglées. En collaboration avec M. le professeur PATEL *(Archives provinciales de Chirurgie*, juin 1901).
84. Contusion de l'abdomen, perforation de l'intestin ; entérectomie au 4e jour. Guérison *(Société des Sciences Médicales*, 19 décembre 1909).
85. Infarctus hémorragique de l'intestin grêle. Entérectomie. Mort au bout de 48 heures *(Société de Chirurgie*, 10 avril 1911).
86. Thrombose de l'artère mésentérique supérieure simulant une tumeur abdominale. En collaboration avec M. le docteur REY *(Archives générales de Chirurgie*, novembre 1911).
87. Polypose sarcomateuse secondaire du tube digestif. En collaboration avec M. le docteur BOUGET) *(Progrès Médical*, 21 juin 1919).

88. Volvulus gangrené du cæcum, En collaboration avec M. le docteur LANGERON *(Société des Sciences Médicales*, 11 février 1914).
89. Volvulus de l'S iliaque chez un vieillard. En collahoration avec M. le docteur DELORE *(Gazette hebdomadaire*, 24 décembre 1899).
90. De l'actinomycose ano-rectale *(Revue de Chirurgie*, août 1902).
91. Actinomycose fessière d'origine rectale *(Société de Médecine*, 12 janvier 1903).
92. Actinomycose fessière d'origine rectale *(Gazette des Hôpitaux*, 19 mars 1903).
93. Corps étranger du rectum. En collaboration avec M. le docteur LACASSAGNE *(Société des Sciences médicales*; 7 janvier 1914).
94. Appendicite aiguë. Mort *(Société des Sciences Médicales*, 24 mai 1899).
95. Appendicite post-puerpérale à streptocoques. En collaboration avec M. le docteur VIGNARD *(Gazette des Hôpitaux*, 7 février 1901).
96. Traitement de l'appendicite aiguë par l'appendicectomie pratiquée dans les 24 premières heures. En collaboration avec M. le professeur agrégé DURAND *(Lyon Médical*, 21 janvier 1906).
97. L'appendicectomie sous-séreuse (opération de Poncet) *(Revue de Chirurgie*, février 1907).
98. Actinomycose appendiculaire. Actinomycose isolée de la paroi abdominale *(Gazette des Hôpitaux*, 12 août 1902).
99. Appendicite actinomycosique *(Gazette des Hôpitaux*, 18 novembre 1902).
100. Vaste hématome rétro-péritonéal consécutif à une rupture du foie *(Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 23 février 1902).
101. Kyste hydatique du foie chez un enfant. En collaboration avec M. le docteur VIGNARD *(Société de Chirurgie*, 20 décembre 1906).
102. Des kystes hydatiques du foie chez l'enfant. En collaboration avec M. le docteur BARLATIER *(Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1907).
103. A propos de l'actinomycose du foie. En collaboration avec M. le professeur BÉRARD *(Revue de Chirurgie*, septembre 1903).
104. Pancréatite hémorragique *(Société de Chirurgie*, 24 novembre 1910).
105. Pancréatite hémorragique par infarctus hémorragique du pancréas. En collaboration avec M. le docteur BOUGET *(Bulletin Médical*, 13 mai 1911).
106. Du rôle de l'infarctus hémorragique dans la genèse des pancréatites hémorragiques *(Jubilé du professeur Lépine*, 1911).
107. Plaie de la rate par coup de couteau. Suture. Guérison *(Congrès de Chirurgie*, 1909).
108. Le traitement chirurgical des plaies de la rate. Etude comparée des diverses méthodes *(Province Médicale*, 4 juin 1910).
109. Un nouveau cas de plaie de la rate traité par la suture de cet organe. En collaboration avec M. le docteur CHARLET *(Progrès Médical*, 1912),
110. Résultat éloigné de la laparotomie pratiquée, il y a onze ans et demi, pour une péritonite tuberculeuse *(Société des Sciences Médicales*, 28 juin 1903).

VII. APPAREIL URINAIRE

111. Plaie de l'artère et de la vessie rénale par balle de revolver *(Société des Sciences Médicales,* 28 décembre 1906).
112. Plaies et ruptures du pédicule vasculaire du rein *(Gazette des Hôpitaux,* 17 janvier 1907).
113. Note sur 30 cas de plaies récentes du rein par projectiles de guerre *(Société Médico-militaire de la XIVe Région,* 11 mai 1918).
114. Tolérance du rein vis-à-vis des projectiles *(Société Médico-militaire de la XIVe Région,* 22 juin 1918).
115. Quelques observations des suites éloignées de plaies du rein *(Société Médico-militaire de la XIVe Région,* 8 février 1919).
116. Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant *(Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires,* janvier 1913).
117. Phlegmon péri-néphrétique ligneux, de diagnostique clinique et causal difficile *(Lyon Chirurgical,* juillet 1913).
118. Enervation du rein pour néphralgie rebelle *(Congrès français d'Urologie,* 1922).
119. Enervation du rein. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Congrès international d'Urologie,* Rome, 1924).
120. Lithiase bilatérale des reins et des uretères chez une jeune fille de 16 ans *(Société de Chirurgie,* 22 décembre 1921).
121. Volumineux calculs des deux reins. En collaboration avec M. le docteur Dufourt *(Archives d'électricité médicale,* mars 1924).
122. Pyonéphrose calculeuse bilatérale. En collaboration avec M. le professeur Rochet et P. Michel *(Société des Sciences Médicales,* 2 mai 1928).
123. L'expulsion provoquée de calculs du bassinet et de l'uretère *(Archives des maladies des reins et des organes génito-urinaires,* avril 1922).
124. Deux cas de cathétérisme urétéral dans l'anurie calculeuse *(Progrès Médical,* 20 mars 1920).
125. Expulsion provoquée d'un calcul au cours d'une colique néphrétique prolongée *(Société de Chirurgie,* 21 décembre 1922).
126. Lithiase rénale de nature exceptionnelle *(Congrès français d'Urologie,* 1922).
127. Anurie calculeuse datant de huit jours. Néphrotomie. Guérison *(Société de Chirurgie,* 14 novembre 1907).
128. La tuberculose rénale chez l'enfant. En collaboration avec M. le docteur Vignard *(Journal d'Urologie,* mars 1912).
129. Tuberculose du rein chez un malade atteint de malformation de l'uretère *(Société de Chirurgie,* 24 juin 1920).
130. Un cas de rein en fer à cheval tuberculeux *(Société de Chirurgie,* 8 janvier 1914).
131. Un cas de bifidité de l'uretère. Tuberculose limitée à l'un des segments du rein *(Société italienne d'Urologie,* avril 1924, et *Archivio italiano di Urologia,* vol. II).

132. Cinq cas de dédoublement ou de bifidité de l'uretère. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Société française d'Urologie,* mai 1927).
133. Le traitement médical de la tuberculose rénale *(Tuberculose,* 10 juin 1914).
134. Tuberculose rénale bilatérale et néphrectomie. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Lyon Chirurgical,* mai 1912).
135. Résultats éloignés de la néphrectomie dans les tuberculoses rénales bilatérales *(Congrès d'Urologie,* 1925).
136. Un cas de tuberculose rénale à grande hémorragie *(Société de Chirurgie,* 8 février 1921).
137. Grosses hémorragies au cours d'une tuberculose urinaire avec cirrhose du foie. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Société française d'Urologie,* janvier 1927).
138. Hématuries du rein au cours d'une tuberculose rénale unilatérale *(Congrès français d'Urologie,* octobre 1927).
139. Tuberculose rénale avec cavernes à contenu mastic *(Société des Sciences Médicales,* 22 mai 1922).
140. Tuberculose rénale. Néphrectomie. Périnéphrite bacillaire. Généralisation méningée. En collaboration avec M. le docteur Vergnory *(Société des Sciences Médicales.* 22 décembre 1920).
141. Périnéphrite tuberculeuse après néphrectomie pour tuberculose rénale *(Congrès français d'Urologie,* 1920).
142. La tuberculisation de la loge rénale après néphrectomie pour tuberculose *(Lyon Chirurgical,* avril 1921).
143. Fistule intestinale tardive après néphrectomie pour tuberculose rénale *(Congrès d'Urologie,* 1921).
144. Généralisation tuberculeuse après néphrectomie pour tuberculose rénale *(Société de Chirurgie,* 7 juin 1923).
145. Des poussées de tuberculose pulmonaire grave qu'on peut observer après néphrectomie pour tuberculose *(Congrès d'Urologie,* 1923).
146. Un cas de mort par insuffisance rénale à la suite d'une néphrectomie pour tuberculose rénale. En collaboration avec M. le professeur Patel *(Société française d'Urologie,* juin 1923).
147. De l'évolution de l'uretère après néphrectomie pour tuberculose rénale *(Congrès d'Urologie,* 1919).
148. La vessie des néphrectomisés pour tuberculose rénale *(Rapport au Congrès français d'Urologie,* 1924).
149. Tumeurs paranéphrétiques. *Encyclopédie française d'Urologie,* tome III.
150. Les Kystes paranéphrétiques *(Rapport au Congrès français de Chirurgie,* 1924).
151. Cancer du rein et pyélonéphrite calculeuse. En collaboration avec M. le docteur Lacassagne *(Société des Sciences Médicales,* 2 avril 1913).
152. Les limites raisonnables de l'opérabilité du cancer rénal. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Société de Chirurgie,* 26 février 1925).
153. Un cas de récidive cutanée de cancer du rein *(Société des Sciences Médicales,* 11 mars 1914).
154. La néphrite du rein opposé au rein cancéreux. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires,* juillet 1911).
155. Kystes multiples des reins. En collaboration avec M. le professeur Rochet et P. Michel *(Société des Sciences Médicales,* 2 mai 1928).

156. Appendicite et affection du rein droit. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Société française d'Urologie,* mai 1925).

URETERE

157. Note sur le cathétérisme de l'uretère à vessie ouverte *(Société de Chirurgie,* 8 juin 1922).
157 *bis.* Quelques cas intéressants de calculs des différentes portions de l'uretère *(Congrès français d'Urologie,* 1926).
158. Fistule urétéro-vaginale. Infection grave et précoce du rein. Néphrectomie. En collaboration avec M. le professeur PATEL *(Société de Chirurgie,* 9 février 1922).
159. De la néphrectomie dans les fistules urétérales *(Société de Chirurgie,* 11 janvier 1923).
160. Des interventions sur l'uretère inférieur dans certaines cysto-urétérites douloureuses *(Congrès français d'Urologie,* 1921).
161. Les urétérites pelviennes chroniques douloureuses et leur thérapeutique. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Journal d'Urologie,* 1923).

VESSIE

162. Présentation d'un corps étranger de la vessie extrait à l'aide d'un lithotriteur. En collaboration avec M. le docteur LEBEUF *(Société des Sciences Médicales,* 22 novembre 1922).
163. Quelques remarques sur le traitement immédiat des plaies de la vessie par projectiles de guerre (à propos de 20 observations) *(Société Médico-chirurgicale de la XIVe Région,* 9 mars 1918).
164. Lithiase urétrale et lithiase vésicale chez un ancien rétréci de l'urètre *(Société de Chirurgie,* 3 décembre 1925).
165. Deux cas de calculs urétro-vésicaux *(Société Médico-chirurgicale de la XIVe Région,* 8 mars 1919).
166. Calcul diverticulaire de la vessie développé autour d'un fragment de sonde *(Congrès français d'Urologie,* 1926).
167. Calcul développé dans des formations diverticulaires annexés à la vessie et à l'urètre *(Province Médicale,* 26 juillet 1913).
168. Une forme rare de calculose vésicale au cours d'une hypertrophie de la prostate *(Société des Sciences Médicales,* mars 1913).
169. Les calculs vésicaux après la prostatectomie *(Revue clinique d'Urologie,* novembre 1912).
170. Origine rénale de certains calculs qu'on pourrait croire nés dans la vessie. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Congrès français de Chirurgie,* 1912).
171. Quelques résultats éloignés de l'étincelage des tumeurs bégnines de la vessie *(Société de Chirurgie,* 11 mars 1926).
172. Traitement des tumeurs de la vessie par les agents physiques *(IIIe Congrès de la Société Internationale d'Urologie,* Bruxelles, 1927).
173. Cystectomie partielle *(Société de Chirurgie,* 19 mai 1914).

174. Un cas de cystectomie totale chez une femme atteinte de cancer de la vessie. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Société française d'Urologie,* 12 février 1923).
175. Les kystes de l'ouraque communiquant avec la vessie. En collaboration avec M. le docteur CREYSSEL *(Lyon Chirurgical,* 1924).
176. Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine gartnérienne *(Lyon Chirurgical,* mars 1912).
177. Un cas de kyste hydatique latéro-vésical *(Progrès Médical,* 14 août 1920).
178. Trois cas de poches sous-vésicales d'origine inflammatoire *(Société française d'Urologie,* 12 décembre 1921).
179. Les faux prostatiques d'origine alcoolique *(The Urologie and Cutaneous Review,* mars 1918).
180. Essai de traitement chirurgical des rétentions d'urine sans obstacle mécanique *(Progrès Médical,* 13 décembre 1913).
181. De la cystopexie *(Semaine gynécologique,* 14 juin 1898).

URÈTRE

182. Des différentes indications que peut remplir la mobilisation périnéale de l'urètre et de l'extrémité inférieure de la vessie *(Journal d'Urologie,* août 1920).
183. L'exploration radiographique de l'urètre et des cavités annexes après injection de mélanges opaques En collaboration avec M. le docteur JAUBERT DEBEAUJEU *(Province Médicale,* 5 avril 1913).
184. Les brûlures graves de l'urètre par injections caustiques *(Progrès Médical,* 11 octobre 1913).
185. A propos des résultats éloignés des traumatismes de l'urètre *(Congrès international d'Urologie,* 1921).
186. Poche congénitale de l'urètre à développement tardif *(Lyon Chirurgical,* mai 1913).
187. De la conduite à tenir vis-à-vis de l'urètre immédiatement après l'incision d'un abcès urineux. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Revue Clinique d'Urologie,* mars 1922).
188. Rétrécissements de l'urètre et lithiase urinaire *(Progrès médical,* 28 juin 1913).
189. Rétrécissement grave de l'urètre pénien ; neurétrostomie périnéale *(Société des Sciences Médicales,* 19 février 1913).
190. Des destructions totales de l'urètre profond en arrière des anciens rétrécissements. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Congrès français de Chirurgie,* 1911).
191. Des altérations de l'urètre et de la prostate en arrière des rétrécissements anciens. En collaboration avec M. le docteur LACASSAGNE *(Lyon Chirurgical,* novembre 1913).
192. Prolapsus étranglé de la muqueuse de l'urètre chez une femme *(Société de Chirurgie,* 11 novembre 1926).

GÉNÉRALITÉS

193. L'enseignement urologique en Allemagne. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Lyon Médical,* 18 août 1912).

194. Un cas de septicémie hémorragique au cours d'une blennorragie. En collaboration avec M. le docteur MICHEL *(Province Médicale,* 18 mai 1912).
195. Hémato-chylurie d'origine filarienne *(Société de Chirurgie,* 10 juin 1920).
196. Un cas de pneumaturie due au pneumobacille de Friedlander. En collaboration avec M. le docteur LEBEUF *(Journal d'Urologie,* août 1923).

VIII. APPAREIL GÉNITAL

197. Epididymo-orchite tuberculeuse *(Société des Sciences Médicales,* 23 juin 1897).
198. Orchi-épididymite tuberculeuse avec granulie du testicule *(Société de Médecine,* 21 avril 1902).
199. Ablation du testicule, du canal déférent et de la vésicule séminale correspondante, au cours de la tuberculose de ces organes. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Congrès français de Chirurgie,* 1913).
200. Trois cas de tuberculose testiculaire chez l'enfant. En collaboration avec M. le docteur VIGNARD *(Province Médicale,* 8 juillet 1911).
201. Rupture spontanée d'hydrocèle. En collaboration avec M. le professeur BÉRARD *(Société de Médecine,* 25 mai 1910).
202. Ruptures spontanées des hydrocèles *(Archives générales de Chirurgie,* mai 1911).
203. Les plaies de guerre de la prostate avec projectiles inclus *(Bulletin Médical,* 7 juin 1919).
204. Abcès de la fosse iliaque interne et adénites inguinales au cours des prostatites suppurées. En collaboration avec M. le docteur REY *(Lyon Chirurgical,* décembre 1911).
205. Abcès iliaque au cours d'une prostatite suppurée *(Société de Chirurgie,* 30 novembre 1911).
206. Calcul de la prostate. En collaboration avec M. le docteur LACASSAGNE *(Société des Sciences Médicales,* 16 avril 1913).
207. Ponctions de la vessie chez un prostatique. Phlegmon prévésical. Mort *(Société des Sciences Médicales,* 5 juillet 1899).
208. Nouvelles observations de cystostomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique *(Gazette hebdomadaire,* 12 novembre 1899).
209. Prostatectomie par voie transvésicale. En collaboration avec M. le docteur DELORE *(Société des Sciences Médicales,* 21 février 1905).
210. L'hypertrophie dite sénile de la prostate peut-elle apparaître chez de vieux rétrécis de l'urètre ? En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Congrès international de Médecine,* Londres, 1913).
211. Prostatectomie chez un malade ayant subi antérieurement le forage de la prostate *(Société des Sciences Médicales,* 28 juin 1922).
212. Valeur de la prostatectomie partielle *(Société de Chirurgie,* 5 juin 1913).
213. Réflexions sur quelques cas de prostatectomie partielle. En collaboration avec M. le professeur ROCHET *(Revue clinique d'Urologie,* novembre 1913).
214. Reproductions fibromateuses après la prostatectomie pour hypertrophie de la prostate *(Société de Chirurgie,* 18 juin 1925).

215. Quelques résultats éloignés de la prostatectomie *(Congrès français d'Urologie*, 1920).
216. Quelques cas de cicatrisation retardée après la prostatectomie sus-pubienne. En collaboration avec M. le docteur Lacassagne *(Journal d'Urologie*, mai 1913).
217. Deux cas d'infiltration d'urine d'origine prostatique. En collaboration avec M. le docteur Michel *(Archives générales de Chirurgie*, avril 1912).
218. Infiltration ligneuse de la loge prostatique chez un ancien prostatectomisé. Dysurie et rétention. En collaboration avec M. le docteur Creyssel *(Société française d'Urologie*, 1924).
219. Un cas intéressant de cancer prostatique (forme abcédée, prostatectomie, autopsie au bout d'un an. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 15 février 1907).
220. Un nouveau cas d'abcès latent de la prostate au cours d'un cancer de cet organe. En collaboration avec M. le professeur Rochet *(Lyon Chirurgical*, avril 1912).
221. Cancer de la prostate. Prostatectomie précoce. Récidive rapide *(Société de Chirurgie*, 14 décembre 1911).
222. Difficultés diagnostiques et dangers opératoires dus aux vésiculites chez les prostatiques *(Congrès français d'Urologie*, octobre 1913).
223. Cancer de la vésicule séminale gauche avec intégrité apparente de la prostate *(Société française d'Urologie*, 21 décembre 1925).
224. Brûlure du prépuce par ypérite ; phimosis cicatriciel consécutif *(Société médico-militaire de la XIVe Région*, 8 février 1919).
225. Un cas de pénitis traité par la dérivation temporaire de l'urine *(Société de Chirurgie*, 27 avril 1922).
226. De la dérivation des urines dans les suppurations circonscrites et rebelles du gland et des corps caverneux. En collaboration avec M. le docteur de Rougemond *(Journal d'Urologie*, septembre 1922).
227. Enorme épithélioma sébacé du pénis *(Société des Sciences Médicales*, 25 juin 1901).
228. Un cas de kyste séreux du périnée *(Congrès français d'Urologie*, 1924).
229. Vitriolage du mont de Vénus. Brûlures profondes avec escharres de cette région. Brûlures superficielles des organes génitaux externes. Guérison. En collaboration avec M. le professeur Patel *(Archives d'anthropologie criminelle*, 15 mars 1901).
230. Tumeur du vestibule chez une fillette de 2 ans et demi *(Liber memorialis* du professeur Verhoogen, 1929).

IX. AFFECTION DES MEMBRES

231. 115 cas de suture primitive ou secondaire des parties molles chez des fracturés. En collaboration avec M. le docteur Tuffier *(Société de Chirurgie de Paris*, 12 juin 1918).

MEMBRE SUPÉRIEUR

232. Adénite extra-axillaire. Tuberculose infantile mutilante. En collaboration avec M. le professeur Patel *(Archives provinciales de Chirurgie*, 1er avril 1901).

233. Epithélioma développé aux dépens des téguments de l'avant-bras *(Société de Médecine,* 17 mars 1902).
234. Désarticulation inter-scapulo-thoracique *(Société des Sciences Médicales,* 29 avril 1903).
235. Panaris actinomycosique *(Société de Médecine,* 24 février 1902).
236. Panaris actinomycosique de l'annulaire droit *(Presse Médicale,* 16 septembre 1903).
237. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse *(Société de Médecine,* 30 novembre 1903).
238. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse *(Société de Médecine,* 11 janvier 1904).
239. Rétraction de l'aponévrose palmaire de nature tuberculeuse *(Médecine moderne,* 24 février 1904).

MEMBRE INFÉRIEUR

240. Fractures multiples du bassin *(Société des Sciences Médicales,* 11 février 1903).
241. Fractures simples et limitées de la cavité cotyloïde *(Revue d'orthopédie,* 1er mai 1904).
242. Recherches expérimentales sur les fractures limitées du fond de la cavité cotyloïde *(Revue de Chirurgie,* février 1904).
243. Gomme syphilitique de la fesse *(Société des Sciences Médicales,* 19 juillet 1899).
244. Fractures sus-condyliennes du fémur chez l'enfant. En collaboration avec M. le professeur Bérard *(Société de Chirurgie,* 22 décembre 1904.)
245. Ostéosarcome de l'extrémité inférieure du genou *(Société des Sciences Médicales,* 12 juillet 1897).
246. Ecrasement sous-cutané des vaisseaux fémoraux par contusions de la cuisse. Gangrène du membre inférieur *(Bulletin Médical,* 28 avril 1900).
247. Cancer fémoral en cylindre. Ostéosarcome bipolaire diffus du fémur chez un adulte *(Gazette des Hôpitaux,* 23 avril 1901).
248. Les myxolipomes de la cuisse. En collaboration avec M. le professeur Patel *(Gazette des Hôpitaux,* 22 juin 1901).
249. Morbus coxæ senilis d'origine tuberculeuse (Clinique du professeur Poncet) *(Gazette des Hôpitaux* 24 novembre 1903).
250. Ankylose du genou à angle droit, à la suite d'une résection pour arthrite post-rubéolique. Ostéoclasie *(Revue d'Orthopédie,* septembre 1902).
251. Ankylose osseuse périphérique du genou gauche consécutive à une arthrite purulente d'origine puerpérale. Arthroclasie. Redressement lent *(Revue d'Orthopédie,* 1er juillet 1903).
252. Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse. *(Annales médico-chirurgicales du Centre,* 3 janvier 1904 (Clinique du professeur Poncet).
253. Kystes du creux poplité de nature tuberculeuse *(Bulletin Médical,* 2 mars 1904).
254. Anévrysme artériel poplité; gangrène du membre inférieur à évolution rapide; amputation de cuisse *(Société des Sciences Médicales,* 25 mai 1904).
255. Double pied plat valgus douloureux invétéré d'origine tuberculeuse *(Société de Médecine,* 4 décembre 1905).
256. Tarsalgie des adolescents de nature tuberculeuse *(Revue d'Orthopédie,* 1er mars 1905).

257. Tarsalgie de l'adolescence d'origine tuberculeuse *(Revue d'Orthopédie,* 1er septembre 1906).
258. Tarsalgie des adultes d'origine tuberculeuse. En collaboration avec M. le docteur Gauthier *(Revue d'Orthopédie,* 1er juillet 1905).
259. Fibro-myome de la peau *(Société de Médecine,* 17 mars 1902).
260. Note sur deux cas de fibro-myome de la peau. En collaboration avec M. le docteur Adenot *(Archives provinciales de Chirurgie,* octobre 1903).
261. Elongation du sciatique poplité externe et résection du saphène externe pour ulcère traumatique de la jambe. Guérison *(Gazette des Hôpitaux,* 4 février 1902).
262. Gangrène gazeuse bénigne du membre inférieur droit *(Gazette des Hôpitaux,* 6 août 1901).
263. Ectrodactylie des mains et des pieds. En collaboration avec M. le professeur Mouriquand *(Revue d'orthopédie,* mai 1907).

X. OBSTÉTRIQUE

264. Du mécanisme de l'engagement dans les bassins asymétriques *(Thèse de Lyon,* 1898-1899).
265. Actinomycose et grossesse *(Gazette des Hôpitaux,* 31 mai 1906).
266. Actinomycose et grossesse *(Revue de Chirurgie,* septembre 1906).

THÈSES INSPIRÉES

1. Flouret, 1901-1902, *du Cancer aigu à marche infectieuse.*
2. Giuliani, 1901-1902, *de l'Ostéomyélite tuberculeuse.*
3. Rebierre, 1901-1902, *Etude sur les calculs urétraux autochtones chez l'homme.*
4. Ducourthial, 1902-1903, *les Tumeurs malignes congénitales de la langue.*
5. Kontorovitch, 1902-1903, *Contribution à l'étude des fractures du bassin. Fracture simple et limitée de la cavité cotyloïde.*
6. Pouponneau, 1902-1903, *Contribution à l'étude de l'entorse tarso-métatarsienne ou de l'articulation de Lisfranc.*
7. Mahot, 1906-1907, *Contribution à l'étude des luxations traumatiques de l'épaule en arrière.*
8. Odinot, 1908-1909, *les Fractures compliquées de la région antérieure du crâne.*
9. Boulagnon, 1910-1911, *Contribution à l'étude du traitement des plaies de la rate par la suture.*
10. Barnaud, 1911-1912, *Caculs vésicaux secondaires à la prostatectomie.*
11. Galou, 1911-1912, *des Suppurations de la fosse iliaque d'origine prostatique.*
12. Périchon, 1911-1912, *de la Néphrectomie dans la tuberculose rénale bilatérale.*
13. Melou, 1912-1913, *du Phlegmon périnéphrétique chez l'enfant.*
14. Bergis, 1913-1914, *Contribution à l'étude des altérations chroniques de la prostate derrière les vieux rétrécissements.*
15. Pommadère, 1913-1914, *Étude des troubles mictionnels dans la tuberculose de la prostate.*
16. Poyard, 1913-1914, *la Tuberculose du rein en fer à cheval.*
17. Jeannot, 1918-1919. *Contribution à l'étude de la suture des plaies de poitrine dans les cas de traumatopnée.*
18. Radais, 1918-1919, *Traitement des plaies de guerre du rein dans les formations sanitaires de l'avant.*
19. Arsac, 1919-1920, *les Séquelles des blessures du rein.*
20. Fauchery, 1919-1920, *les Plaies de guerre de la prostate avec projectiles inclus.*
21. Lauquin, 1919-1920, *Plaies associées du rectum et de la vessie par arme de guerre.*
22. Lassave, 1919-1920, *Contribution à l'étude du traitement des rétrécissements de l'urètre par la sonde à demeure.*
23. Lapeyre, 1919-1920, *Contribution à l'étude des calculs vésicaux chez les blessés de la vessie.*
24. Ray, 1919-1920, *les Tumeurs solides de l'épididyme.*
25. Villeclère, 1919-1920, *de la Ligature de l'uretère appliquée au traitement de certaines fistules urétéro-vaginales.*

26. BAVARD, 1920-1921, *les Processus miliaires aigus consécutifs à la néphrectomie pour tuberculose rénale.*
27. DESTRE, 1920-1921, *Contribution à l'étude de la tuberculisation de la loge rénale après néphrectomie pour tuberculose.*
28. DUMONT, 1920-1921, *de l'Oblitération de l'uretère sain après la ligature de ce conduit.*
29. VANDEMBEUSCHE, 1920-1921, *les Formes hématiques de la tuberculose rénale.*
30. HÉCLER, 1921-1922, *les Fistules intestinales consécutives à la néphrectomie.*
31. ROLLING, 1921-1922, *de la Cystectomie partielle dans les tumeurs de la vessie.*
32. LE FLOCH, 1922-1923, *de la Néphrectomie dans les fistules urétérales.*
33. ROQUES, 1922-1923, *l'Etincelage dans le traitement des tumeurs bénignes de la vessie.*
34. GAILLARD, 1923-1924, *du Traitement des calculs de l'uretère par les méthodes endoscopiques.*
35. JACQUET, 1923-1924, *Considérations sur le traitement des pyélonéphrites par la vaccinothérapie.*
36. VILLEQUEZ, 1926-1927, *de l'Insuffisance rénale dans les anciens rétrécissements de l'urètre.*
37. DREUMONT, 1926-1927, *Résultats éloignés de la conservation dans les traumatismes du rein.*
38. DEMONTÈS, 1926-1927, *Contribution à l'étude du prolapsus de la muqueuse urétrale chez la femme.*
39 BARLERIN, 1927-1928, *les Hématuries du rein sain au cours de la tuberculose rénale unilatérale.*
40. VIALLE, 1928-1929, *des Formes douloureuses de la tuberculose rénale et en particulier du syndrome néphrétique douloureux.*

TABLE DES MATIERES